BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME CINQUANTIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, EDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1856

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil rétrospectif sur nos travaux.

En offrant chaque année aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* un résumé sommaire des travaux publiés dans ce journal, nous ne nous proposons pas de faire un vain étalage de la part modeste qui peut revenir à nos collaborateurs dans l'œuvre généreusement poursuivie du progrès de la science. Cette œuvre, qui est la gloire de l'homme, dans quelque direction qu'elle s'accomplisse, est le produit de la patience et du temps : la contribution de chaque jour à cette lente, à cette séculaire édification, est bien petite, et la découverte de la veille ne trouve pas toujours dans le contrôle de l'expérience du lendemain la confirmation de sa vérité. Si ardu, si ingrat que soit ce travail cependant, il n'est pas complétement stérile, et en recueillir religieusement les produits, en mettre en lumière les principaux résultats, en vue surtout des applications pratiques, ce n'est pas faire œuvre vaine, puisque c'est du même coup servir et la science et l'humanité. Telle est notre sollicitude pour les besoins de la pratique quotidienne, tel est en même temps notre pieux respect pour le progrès réel de la science et de l'art, que nous n'hésitons pas à mettre à contribution et livres, et brochures, et journaux, pour placer au moins sous les yeux des lecteurs du *Bulletin* l'idée originale, la déduction judicieuse, l'observation vraie, qui se produisent dans le monde médical. Cette part à l'œuvre des autres, si nous pouvons ainsi dire, nous la faisons grande, parce que, suivant un mot célèbre, il y a quelqu'un qui a plus d'esprit que nous, c'est tout le monde : quand la conception vraie ou l'observation juste auxquelles il s'agit de donner le baptême de la publicité le méritent, nous nous faisons un devoir de les reproduire sous leur

forme originale, ou bien nous en résumons la substance, soit dans notre répertoire médical, soit dans des notices bibliographiques, qui deviennent ainsi autre chose que de petites cassolettes d'encens périodiquement brûlé au profit de l'orgueil ou de la vanité.

Cette sorte de supplément au *Bulletin de Thérapeutique*, nous ne le résumerons pas, car ce serait passer en revue le mouvement tout entier de la science pendant l'année qui vient de s'écouler, et ce ne saurait être là notre but; nous nous contenterons de rappeler sommairement la part propre du *Bulletin* dans ce mouvement général : si cette part est modeste, on y verra au moins que nous ne perdons jamais de vue notre but essentiel, le but suprême de la science, qui est de perfectionner et d'étendre, s'il se peut, les applications de la pratique.

C'est parce que tel a toujours été, et tel est toujours notre but, que nous mettons une grande discrétion à toucher aux questions générales de la science, aux questions purement doctrinales. Cette réserve, toutefois, ne va pas jusqu'à une abstention complète, et nous permettons quelquefois sur ce point à nos collaborateurs de sacrifier à l'actualité. Ainsi qu'un critique distingué l'a remarqué, le *Bulletin général de Thérapeutique* professe hautement la doctrine du vitalisme. Il est accepté de tous aujourd'hui que la vie n'est pas le résultat d'un pur et simple mécanisme; mais, poussant plus loin les affirmations théoriques dans ce sens, et s'appuyant sur une analyse plus profonde des choses, quelques-uns prétendraient à faire sortir la vie des affinités de la matière, affinités chimiques ou histologiques, si l'on veut bien nous permettre ce mot. Dans notre humble opinion, si loin qu'aillent les réactifs chimiques, si loin que le microscope poursuive l'étude des formes élémentaires de l'organisme, ils ne trouveront jamais la raison de la vie, qu'il faut chercher dans une sphère plus élevée. Or, sans jamais sortir du cercle que s'est tracé notre journal, ce que nous croyons être la vérité sur ce point capital, nous nous permettons de le rappeler quelquefois. Quand quelque discussion de cet ordre surgit dans nos académies, ce nous devient une occasion naturelle d'agiter quelqu'une de ces questions, et de formuler brièvement les solutions principales, auxquelles le bon sens commande de s'arrêter. C'est ainsi que quand, à propos d'un rapport de M. Bousquet, sur la variole, l'Académie de médecine posa, en la brouillant un peu, la question du vitalisme et de l'organisme, nous avons cru devoir exposer quelques considérations sur ces deux doctrines dans leurs afférences avec la thérapeutique; c'est ainsi que dernièrement encore, lorsque M. Malgaigne, dans une

discussion fameuse, rompit ouvertement avec la tradition, nous avons cherché à rappeler au respect du passé les hommes, distingués d'ailleurs, qu'une sorte d'intempérance d'esprit avait jetés dans une fausse voie.

Le point de départ de cette discussion, qui ne prit ce caractère de généralité que par accident, c'était l'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies oculaires. La question, même ainsi posée, donna lieu, il faut bien le dire, à beaucoup de divagations au sein de l'Académie. M. Marotte, dans l'esprit solide est si justement apprécié par nos lecteurs, l'a traitée méthodiquement dans le *Bulletin de Thérapeutique*. S'il est vrai, comme l'a proclamé l'adversaire de ce mode de révulsion, que les faits bien observés et écrits manquent presque complétement pour établir péremptoirement l'efficacité de cette médication, le médecin de la Pitié a fait bonne justice de cette levée de boucliers imprévue contre une des méthodes thérapeutiques fondamentales de la médecine, et l'on a pu voir que celle-ci n'était pas encore arrivée à ce degré de déchéance, que la fantaisie y triomphe du bon sens appuyé sur la tradition séculaire.

Parmi les travaux de cet ordre, nous citerons encore l'esquisse intéressante de M. Saucerotte, des progrès de la thérapeutique pendant la première moitié du dix-neuvième siècle. Quels que soient les principes qui règlent les applications de la thérapeutique dans le traitement des maladies, il est incontestable que celle-ci est intéressée au plus haut degré aux progrès de la matière médicale. A ce point de vue, il était impossible qu'en présence des recherches, des analyses si précises de la chimie moderne, la matière médicale restât stationnaire, et continuât de s'envelopper dans les voiles d'une polypharmacie confuse. Il fallait que la lumière se fît dans ce chaos, et elle s'est faite, grâce au concours d'une pléiade d'hommes illustres auxquels M. Saucerotte a eu la généreuse inspiration de rendre une bonne et complète justice. Un travail qui se place naturellement à côté de celui du médecin de Lunéville, par la généralité du sujet qu'il embrasse, mais qui s'en distingue par un caractère plus pratique, c'est celui d'un de nos collaborateurs les plus fidèles, bien que marchant un peu à côté de notre drapeau : nous voulons parler de la clinique de l'opium par le savant professeur de Strasbourg, M. Forget. Il était difficile, même à un esprit aussi distingué que M. Forget, d'innover beaucoup en traitant une pareille question. Cependant nos lecteurs ont pu s'assurer qu'une telle clinique, presque aussi vieille que la science, quand elle est faite par un esprit at-

tentif et indépendant, gagne encore, ne fût-ce qu'en précision. Il est résulté surtout de cette étude un enseignement de haute portée, quant à une préparation particulière de ce médicament, et dont tout le monde n'est peut-être pas suffisamment pénétré ; nous voulons parler, non certes de la spécificité de la morphine, mais de l'efficacité vraiment merveilleuse de cet alcaloïde, comme sédatif de l'appareil respiratoire. Incontestablement, suivant nous, on trouve dans cet agent toutes les propriétés de l'opium, mais on y trouve quelque autre chose encore, que le professeur de Strasbourg a eu raison de mettre en relief aux yeux des médecins contemporains.

Tels sont les principaux travaux, marqués du caractère dont il s'agit en ce moment, que le *Bulletin de Thérapeutique* a publiés dans le cours de l'année qui vient de s'écouler ; mais si importants qu'ils soient, les travaux de cet ordre n'occupent qu'une très-petite place dans notre cadre, qui appelle surtout des travaux d'un autre ordre, et que nous allons à leur tour résumer rapidement.

Tout en encourageant, autant qu'il est en nous, les recherches originales, nous l'avons dit plus d'une fois, la tradition, prudemment interrogée, fournit quelquefois de lumineux enseignements : cette étude consciencieuse du passé a valu au *Bulletin de Thérapeutique* quelques-unes de ces bonnes fortunes, qui ne sont peut-être si rares que parce qu'on ne les cherche pas. Il en est ainsi incontestablement, par exemple, de l'efficacité non douteuse du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse. C'est M. Herpin (de Genève) qui le premier rappela aux observateurs, dans les colonnes de notre journal, la puissance vraiment remarquable de cet agent, aujourd'hui peu employé. Les faits cités par ce médecin habile ne laissaient déjà aucun doute sur l'efficacité de ce modificateur dans la lésion spéciale à laquelle il s'applique ; mais l'attention du public une fois éveillée sur ce point, deux médecins dont le mérite est justement apprécié, MM. Blache et Barthez, vinrent bientôt confirmer par leurs propres observations l'affirmation explicite de notre laborieux collaborateur. C'est en suivant nous-même, si l'on veut bien nous permettre de le rappeler, cette voie trop abandonnée, que nous avons retrouvé, nous n'osons pas dire le remède infaillible, mais au moins un modificateur puissant de la polydipsie. Le nitrate de potasse fondu, connu dans les anciennes matières médicales sous les noms de cristal minéral, de sel de prunelle, avait déjà conduit deux praticiens éminents, Lazare Rivière et Joseph Frank, à des succès remarquables dans le traitement de cette névrose : ces faits, qu'on peut lire dans leurs ouvrages, avaient

été oubliés comme une foule d'autres, surtout à une époque où il suffisait d'une certaine exagération de l'appétence normale des liquides pour conclure à l'existence d'une gastrite. Frappé de l'insuffisance des moyens ordinairement employés pour combattre la polydipsie, et mettant en regard de cette impuissance l'affirmation positive des deux médecins éminents que nous venons de citer, nous nous mîmes à chercher nous-même, puis à solliciter les recherches des autres, et nous pûmes ainsi formuler, comme nous l'avons fait, ce que l'expérience clinique enseigne sur ce point de thérapeutique. Nous ne prétendons pas plus aujourd'hui qu'alors que les médecins ont désormais entre les mains un moyen infaillible de triompher de la névrose singulière dont nous parlons en ce moment, l'infaillibilité est rare dans ce monde et plus encore en médecine qu'ailleurs; mais quelque restreint qu'ait été jusqu'ici le cercle de nos observations, la netteté des résultats obtenus suffit cependant pour autoriser une confiance raisonnable dans l'emploi de ce moyen, moyen d'ailleurs, qu'on ne l'oublie pas surtout, qui s'applique à une maladie en face de laquelle la médecine ordinaire est presque toujours contrainte de s'avouer vaincue.

Ainsi qu'on vient de le voir par le genre de recherches que nous venons de rappeler en dernier lieu, le *Bulletin* n'admet pas sans restriction l'affirmation de l'incurabilité absolue des maladies : son expérience des hommes et des choses lui a appris qu'il y a souvent autant de crédulité dans certaines négations que dans les assertions contradictoires de quelques esprits trop faciles à la conviction : appuyé fermement sur ce principe, il cherche et encourage de tout son pouvoir les chercheurs, dût-il en rencontrer sur sa route quelques-uns qui aiment trop les aventures. Ces réflexions nous sont naturellement suggérées par les travaux d'un nos plus zélés collaborateurs, nous voulons parler de M. Herpin et de son infatigable ardeur à poursuivre l'étude du traitement d'une maladie terrible, l'épilepsie. S'il est dans le cadre nosologique une maladie devant laquelle la médecine hésite, tâtonne, et, en fin de compte, perde complétement confiance en elle-même, c'est, sans aucun doute, la maladie que nous venons de nommer. Nous-même, au moment où nous écrivons ces lignes, et malgré l'étude consciencieuse que nous avons faite des travaux de notre loyal collaborateur, nous-même, répétons-nous, en face des affirmations de M. Herpin, nous nous prenons à douter et ne savons si nous ne prenons pas une espérance pour une lumière de l'esprit. Beaucoup de nos lecteurs peut-être, en nous voyant ouvrir les colonnes du *Bulletin* aux recherches de M. Herpin

sur l'épilepsie, ont à l'avance douté que ce travail pût aboutir : nous comprenons ce doute, car nous-même sommes loin d'en être complétement affranchi : cependant ce que nous avons fait, nous le ferions encore, nous le ferons encore, si le médecin distingué veut bien continuer à honorer notre journal de sa collaboration. La raison qui nons fait accueillir des travaux de cet ordre, la voici en deux mots : l'épilepsie est-elle incurable d'une manière absolue? Non! car, bien que rares, on rencontre cependant des cas où cette maladie, après avoir été constatée de la manière la plus authentique, ou s'atténue, ou disparaît irrévocablement. Ceci est de l'expérience vraie; les esprits les plus sceptiques à l'endroit de la curabilité de l'épilepsie le confessent et le démontrent par leurs propres observations. Or, méditez un instant sur ce fait, c'est à savoir la non-incurabilité absolue de cette déviation si grave de la vie nerveuse, que signifie ce fait? Il signifie que ce qui arrive, dans quelques cas, par le jeu spontané de la vie, si vous voulez, par l'influence innommée des mille choses qui composent le milieu dans lequel l'homme sent, pense et vit, peut être provoqué par l'industrie de la science. M. Herpin est-il arrivé à ce but suprême? a-t-il réellement trouvé dans les préparations de zinc, oxyde ou lactate, un véritable antiépileptique? En saturant de zinc l'organisme soumis à la terrible servitude de l'épilepsie, le force-t-il à sentir autrement, et l'affranchit-il de la violente perturbation à laquelle il est fatalement voué, quand il est simplement placé sous l'influence des stimulants de la vie commune? Voilà la question dont M. Herpin poursuit vaillamment la solution; et nous ne croyons pas faire œuvre vaine, quand nous admettons dans les colonnes du ***Bulletin général de Thérapeutique*** les développements de cette grande et noble investigation.

Voilà comment, en matière de journalisme scientifique, on doit entendre le libéralisme : on doit accorder une hospitalité généreuse à tout travailleur qui se propose un but élevé; car, dût-il échouer dans sa périllense tentative, il ne tombera pas sans gloire, sa chute même ne sera pas inféconde, s'il est sincèrement animé de l'amour du vrai et du bien. Nous nons devions à nous-même de faire ces remarques ici, à propos de travaux remarqués; le respect de nos lecteurs, notre estime pour notre savant collaborateur nous en faisaient également un devoir. Mais poursuivons notre travail.

Une maladie qui se rapproche de l'épilepsie par son siége probable et l'obscurité qui couvre encore sa nature intime, c'est la chorée. L'an dernier, dans un semblable résumé de nos travaux, nous avons rappelé l'influence heureuse de la gymnastique, maniée

par un des médecins les plus habiles de ce temps-ci, M. Blache, sur cette maladie, qui semble aujourd'hui plus fréquente qu'autrefois. Cette année, cette question a encore reparu plusieurs fois dans les colonnes du *Bulletin*. Un médecin distingué de Berlin, M. Vanderleben, a publié un mémoire remarqué, qui établit positivement l'efficacité des vésicatoires, surtout appliqués à la nuque, dans cette maladie; MM. Jenni d'Eunada, Delaharpe, de Lausanne, sont venus ensuite confirmer par leur expérience personnelle l'utilité de cette médication. Nous nous sommes cru d'autant plus obligé de mettre sous les yeux de nos lecteurs ces tentatives heureuses, que nous avions à revendiquer en faveur d'un de nos plus chers collaborateurs, M. Max Simon, la priorité de cette application. Là ne s'est pas bornée la part du *Bulletin général de Thérapeutique* pour l'élucidation des questions qui se posent à propos du traitement de cette maladie. Nous avons également rapporté quelques faits qui tendent à prouver que, dans certains cas de chorée qui résistent aux médications les plus rationnelles, on peut recourir non sans chances de succès aux inhalations du chloroforme. Cette médication toutefois, on le comprend, va surtout aux chorées violentes, qui rendent impossible tout mouvement coordonné, et dont elle peut réprimer les *insultus* : mais c'est à une médication plus radicale, si nous pouvons ainsi dire, comme aux bains sulfureux, au régime, à la gymnastique, aux vésicatoires permanents et intermittents, qu'il faudrait recourir pour affranchir d'une manière durable l'organisme d'une servitude si contraire au jeu normal de la vie.

Ce n'est point d'ailleurs uniquement dans le cas de chorée que nous avons vu les inhalations chloroformiques modifier thérapeutiquement l'innervation troublée dans son développement naturel; M. Marotte, dont tous les travaux sont marqués au coin d'un esprit judicieux, a également rapporté un cas remarquable de convulsions compliquées de spasme de la glotte chez un enfant en bas âge, et dans lequel les inhalations chloroformiques ont amené rapidement la disparition d'accidents formidables. De ce fait unique, nous ne conclurons pas plus que le prudent médecin de la Pitié que l'asthme thymique, l'asthme de Kopp, a trouvé son spécifique dans l'action encore inexpliquée du chloroforme sur le système nerveux, par l'intermédiaire du facteur de toute vie, le sang; mais nous prenons acte de ce fait pour appeler l'attention des praticiens sur un moyen puissant, qui peut être opposé avec succès à une maladie qui ne pardonne guère. *(La fin au prochain numéro.)*

De la valeur de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

L'huile de foie de morue a eu le sort de tous les médicaments qui ont été prônés outre mesure. Peu s'en est fallu effectivement que les médecins qui en ont signalé les premiers les effets avantageux dans la phthisie pulmonaire n'en aient parlé comme d'une vraie panacée, d'un moyen infaillible. Eh bien! de pareilles assertions ont eu leurs conséquences inévitables; elles ont amené une réaction d'autant mieux fondée en apparence que les faits à l'appui de l'opinion contraire étaient loin de faire défaut. Si nous ne nous sommes jamais associé à ces récriminations contre l'huile de foie de morue, c'est que, convaincu de son utilité, nous nous serions cru véritablement coupable de briser entre les mains des médecins une des armes les plus puissantes dont ils peuvent disposer contre cette affection, et parce que nous attendions du temps à la fois la confirmation éclatante de son efficacité, et la détermination précise des circonstances particulières ou des espèces dans lesquelles on peut espérer davantage de ses bienfaits.

Cette dernière partie du problème est probablement celle dont la solution se fera plus longtemps attendre, mais dès aujourd'hui nous croyons la cause de l'huile de foie de morue gagnée. Bien peu de médecins révoquent en doute les avantages qu'elle présente dans la phthisie pulmonaire, et si, dans ses adversaires, ce médicament compte quelques hommes haut placés, cela tient à ce que leurs expérimentations ont été faites dans des hôpitaux et au milieu de conditions hygiéniques peu propres à en assurer le succès. Mais une question moins résolue, et au sujet de laquelle la division est plus grande entre les médecins, c'est celle qui est relative à la permanence, à la stabilité de la guérison. Autrement dit, l'huile de foie de morue *guérit-elle* la phthisie pulmonaire et fait-elle disparaître peu à peu jusqu'à ses dernières traces et surtout jusqu'à ses dernières tendances? ou bien se borne-t-elle à *pallier* la maladie, à retarder sa terminaison funeste, à combattre quelques-uns de ses symptômes les plus fâcheux? se borne-t-elle, par exemple, à retarder l'émaciation, à soutenir les forces, à calmer la toux, les sueurs, etc., etc.? Pour être résolues, toutes ces questions demandent non pas des jours, des mois, mais des années; et ce n'est pas dans la pratique hospitalière, si mobile de sa nature, que l'on peut chercher les éléments de la solution. C'est au contraire dans la pratique civile, là où les médecins peuvent suivre leurs malades pendant des séries

d'années, que l'on peut savoir à quoi s'en tenir sur la valeur et la durée des guérisons obtenues.

Un travail publié par un médecin anglais, M. Headlam Greenhow, nous fournit à cet égard des documents précieux, que nous nous garderions bien de négliger. Ce médecin a tenu note d'un assez grand nombre de malades qui ont passé sous ses yeux et qu'il a revus à des années d'intervalle; de cette manière, il est arrivé à se convaincre, ce dont nous nous étions convaincu nous-même depuis longtemps, qu'il y a dans la phthisie pulmonaire, sous l'influence de l'huile de foie de morue, des guérisons durables et certaines, et par conséquent que l'huile de foie de morue peut être considérée non pas comme un palliatif, mais comme un moyen curatif de la phthisie pulmonaire. Malheureusement, il y a des cas dans lesquels la guérison ne se soutient pas, et les malades finissent par succomber quelques années après aux progrès ultérieurs de la maladie; il en est d'autres plus tristes encore, dans lesquels le traitement par l'huile de foie de morue ne fait absolument rien pour les malades. M. Greenhow a donc divisé les vingt-trois observations sur lesquelles il a des notes précises en trois séries, suivant que la guérison a été parfaite, imparfaite, ou que les effets du médicament ont été nuls. Nous reproduisons ces observations telles qu'elles ont été données par ce médecin, ainsi que les principales réflexions dont il les a fait suivre. Son travail ne sera pas sans écho parmi nous, et nous espérons qu'avant peu des travaux analogues viendront confirmer ce qu'il y a de rassurant dans les assertions de notre confrère d'outre-Manche.

Première série. — Observations de guérisons parfaites.

Obs. I. Emma M., âgée de vingt ans, domestique, née d'une famille de phthisiques. En traitement depuis le 22 novembre 1849. Toux chronique depuis plusieurs mois; non réglée pendant trois mois, elle l'a été d'une manière très-incomplète il y a quinze jours; dyspnée au moindre exercice, langueur, légère diarrhée; pouls à 90, mou et faible; toux fatigante dans la matinée; expectoration peu abondante; affaiblissement de la sonoréité dans les deux côtés de la poitrine, sans différence marquée entre eux; bruits du cœur anormalement distincts du côté droit; murmure expiratoire prolongé dans la région sous-claviculaire droite, avec gêne presque constante à ce niveau; douleur vive sous le rebord des côtes, à droite; poids, 122 livres anglaises. Traitement: 8 grammes d'huile de foie de morue, trois fois par jour.

16 Décembre. Les règles ont paru aujourd'hui, mais peu abondantes; pouls à 86; peau moite; se sent plus forte et ne tousse que très-peu, sauf le matin; garde-robes régulières; la tendance à la diarrhée a cessé; bon appétit, langue nette.— Continuer l'huile de foie de morue et prendre trois fois par jour une pilule contenant: iodure de fer et poudre de réglisse, de chaque, 10 centigr.; extrait de gentiane, 2 1/2 centigr.

18 Décembre. La malade pèse aujourd'hui 129 livres; elle a donc gagné six livres en trente-cinq jours.

15 Janvier 1849. La malade a notablement perdu du terrain dans la dernière quinzaine; la toux et l'expectoration ont beaucoup augmenté; son poids est redescendu à 120 livres; pouls petit, à 96; pas de diarrhée ni de sueurs nocturnes; règles en retard de trois à quatre jours; matité légère, mais non équivoque cependant, sous la clavicule droite, comparativement au point homologue du côté opposé. Traitement : 24 grammes d'huile de foie de morue, trois fois par jour; trois pilules d'iodure de fer.

25 Janvier. Nouvelle amélioration. Pouls à 66, faible et petit. Pas d'augmentation en poids.

9 Février. Encore beaucoup de toux; règles toujours en retard sous le rapport de leur retour, mais un peu plus abondantes; elle se trouve et se dit mieux; pouls petit, à 90; langue nette. Poids, 125 livres. Même traitement.

23 Février. Progrès satisfaisant. Poids, 124 livres. Du 23 février au 14 mars, pas d'augmentation en poids; mais la malade se trouve beaucoup plus robuste; pouls à 80, bon appétit.

7 Avril. La toux et l'expectoration n'ont pas encore disparu; il reste encore un peu de matité au sommet droit, avec prolongation et caractère peu distinct de l'expiration. Même traitement.

10 Juin. La toux et l'expectoration ont presque cessé; menstruation régulière. Ni douleur ni gêne dans la région sous-claviculaire, où il y en avait toujours plus ou moins.

Juillet. Bon état : continuer le traitement par l'huile de foie de morue au moins un mois; interrompre l'iodure de fer.

Deux années après, cette jeune fille est venue me consulter pour une toux, etc., pour lesquelles j'ai repris le même traitement avec des révulsifs. Elle est encore vivante et jouit d'une bonne santé.

Obs. II. Mme G..., quarante-cinq ans, sujette à des bronchites, ayant eu plusieurs hémoptisies, dont une considérable aujourd'hui 3 août 1848, n'a jamais été débarrassée de sa toux depuis quelques mois. Le sang paraît mêlé à du pus, provenant sans doute d'une petite vomique. Amaigrissement. Matité à la percussion à la partie supérieure droite du thorax; bronchophonie et râle sonore. L'hémoptisie, ou plutôt l'expectoration teinte de sang, a continué pendant quelques jours. La matité a augmenté pendant quelque temps; mais je n'ai jamais pu saisir de râle caverneux. Une ou deux fois, j'ai soupçonné sa présence, mais un nouvel examen ne m'a pas confirmé dans cette conviction; je n'ai pas constaté non plus de respiration caverneuse. Je l'ai vue très-souvent pendant quelques mois, pendant lesquels elle a pris, sous ma direction, de l'huile de foie de morue et employé des révulsifs sur la poitrine. Amélioration lente, mais incessante. Bonne santé depuis deux ou trois ans, lorsque je l'ai revue pour la dernière fois, il y a un an.

Obs. III. A. B., âgé de huit ans.— Juin 1848.— Enfant grêle, délicat et très-grand pour son âge. Mauvaise santé depuis plusieurs mois; amaigrissement considérable; pouls à 120; langue nette; ventre libre; bon appétit; toux courte et fréquente; matité à droite, avec rudesse du murmure respiratoire; râles muqueux en quantité moyenne. Traitement : *hydrargyrum cum cretâ*, carbonate de soude et rhubarbe en poudre, de chaque 0,15; mêlez et faites prendre deux fois par semaine en se couchant; huile de foie de morue, 8 grammes, trois fois

par jour. Vésicatoire sur le sternum. Diète lactée, avec bifteck pour dîner. Epongement tiède, deux fois par jour.

Cet enfant s'est amélioré grandement sous l'influence de cet ensemble de moyens, légèrement modifié de temps en temps, sauf l'huile, qui était continuée avec persévérance : après quatre mois, la guérison était parfaite, et l'enfant s'est toujours bien porté depuis.

Obs. IV. Capitaine B..., âgé de vingt-neuf ans.—10 Mars 1850.—Il a habité longtemps à l'étranger, où il a souffert de la diarrhée et aussi de dyspepsie, il y a quelques années ; un voyage sur mer lui a été très-utile. Grande taille, teint jaune, maigreur ; pouls languissant, à 76 ; langue couverte uniformément, mais dans une petite épaisseur, d'un enduit brunâtre ; constipation ; langueur et faiblesse ; incapacité pour le moindre exercice ; besoin continuel de prendre et malaise à l'estomac ; urines fortement colorées ; plus ou moins de toux ou d'expectoration dans ces derniers mois ; bruits de percussion, légèrement obscurs ; respiration normale ; amaigrissement considérable. Traitement : sous-nitrate de bismuth, 0,40 ; bisulfate de quinine, 0,05 ; extrait de taraxacum, 0,15. Mêlez pour deux pilules, à prendre trois fois par jour. — Acide nitrique, 12 gouttes ; sirop simple et teinture d'oranger, de chaque 24 grammes ; eau, 250. Mêlez : 30 grammes trois fois par jour.— Pilules mercurielles, 0,20 ; pilules de rhubarbe composées, 0,30. Mêlez pour deux pilules, à prendre en se couchant, et le lendemain matin, potion de séné avec sulfate de magnésie.

24 Mars. Légère hémoptisie depuis quelques jours, qui continue encore ; sang rouge et écumeux. Vésicatoires sur la poitrine. Même traitement.

31 Mars. L'hémoptisie a cessé de nouveau. Absence manifeste de résonnance du côté gauche, ainsi que du murmure respiratoire. Beaucoup de toux, accompagnée d'une expectoration très-rare ; sous d'autres rapports, grande amélioration ; langue plus nette, bon appétit ; forces en meilleur état ; pouls à 76. — Cesser le bismuth, mais continuer l'acide nitrique, et prendre 8 grammes d'huile de foie de morue avec chaque dose d'acide.

8 Avril. Même état. Encore beaucoup de toux ; crachats rares, parfois striés de sang. — Porter la dose d'huile à 15 grammes, trois fois par jour.

20 Avril. Amélioration sous tous les rapports. Beaucoup moins de toux ; très-peu d'expectoration non sanglante, langue nette, ventre paresseux, pouls à 72. — Répéter les pilules mercurielles et la potion de séné. Huile de foie de morue, *ut suprà*.

1er Juin. L'amélioration a continué à faire des progrès. Toux et expectoration presque nulles. Pas de retour de l'hémoptisie ; se trouve beaucoup mieux et plus fort ; embonpoint. — Même traitement.

Juillet. Convalescence. — Je n'ai pas revu ce malade, mais j'ai reçu dernièrement de lui une lettre m'annonçant qu'il continue à se bien porter.

Obs. V. M. K..., trente-quatre ans.—Mars 1849.—Asthmatique, à ce qu'il rapporte, depuis une année ; toux constante et expectoration de flocons mucosopurulents ; amaigrissement considérable ; aplatissement de la poitrine ; matité au sommet droit, avec absence de murmure respiratoire ; respiration puérile à gauche ; sueurs nocturnes ; ventre libre, langue chargée ; pouls de 96 à 100. — Révulsifs. Acide nitrique, 12 gouttes ; esprit de cannelle, 15 grammes ; infusion de cusparia, 200 grammes. Mêlez : une once de cette potion trois fois par jour, avec une demi-once d'huile de foie de morue.

Ce malade est resté soumis à mon observation pendant plusieurs mois ; l'amélioration a été lente, mais graduelle. A la fin d'une année, il était tout à fait

bien, et il est encore vivant. Quant à son état actuel de santé, je l'ignore; il était bon quand je l'ai vu pour la dernière fois.

Obs. VI. Mlle R..., trente ans.—21 Juin 1849.—Affectée souvent de petite toux depuis deux ou trois ans, ayant eu à plusieurs reprises de légères hémoptisies, une cuillerée de sang au plus chaque fois, très-sujette à des attaques bilieuses avec diarrhée; pouls à 90, faible; peau froide; langue blanche au centre, rouge sur les bords; bon appétit; toux accompagnée d'une expectoration rare; douleur fréquente sous la clavicule; poitrine un peu aplatie et moins expansible au sommet gauche; absence de résonnance à la percussion dans l'espace sous-claviculaire gauche; bronchophonie et respiration rude à ce niveau; respiration un peu puérile partout ailleurs; sentiment de faiblesse et transpiration facile au moindre exercice. — Traitement : entretenir une irritation sur la surface de la poitrine avec le vinaigre cantharidé, etc.; 15 grammes d'huile de foie de morue, deux fois par jour; potion avec infusion de colombo, 200 grammes, acide nitrique, 18 gouttes; acide cyanhydrique médicinal, 20 gouttes; esprit de cannelle, 8 grammes; 30 grammes deux fois par jour. Exercice modéré, épongement de la poitrine, des épaules, etc., avec de l'eau aussi fraîche que le malade pourra le supporter.

15 Août. Meilleur aspect et sensation de mieux-être, mais encore beaucoup de douleur sous la clavicule; signes physiques comme auparavant, expiration distincte et prolongée à gauche. Même traitement.

1er Septembre. Amélioration très-marquée. Cesser le colombo, mais continuer l'huile, en se servant de sirop et d'eau acidulée avec l'acide nitrique, comme véhicule.

L'huile a été continuée pendant huit mois sans interruption. Le printemps suivant, j'ai ordonné un voyage dans un climat plus doux, et à la suite, pendant l'été, l'habitation dans un district montagneux, où la malade a passé également l'automne avec le plus grand avantage. Elle est revenue chez elle parfaitement bien, et est aujourd'hui en meilleure santé que jamais.

Obs. VII. Le révérend B..., âgé de vingt-neuf ans.—15 Juillet 1850.—Affecté depuis plusieurs mois de toux, d'expectoration peu abondante, avec dyspnée, et, dans ces derniers temps, d'une gêne à peine douloureuse dans le côté gauche de la poitrine. Amaigrissement marqué. Matité évidente avec faiblesse très-grande du murmure respiratoire à gauche. Bronchophonie au sommet du poumon gauche. Traitement : 15 grammes d'huile de foie de morue, deux fois par jour. Cesser la profession et éviter les variations atmosphériques.

12 Août. Une pleurésie grave est survenue tout d'un coup, suivie trois ou quatre jours après d'un abondant épanchement, malgré l'énergie du traitement employé. Il y avait déjà quelques jours qu'il était dans cet état lorsque je fus appelé; le malade souffrait d'une grande dyspnée, même lorsqu'il était couché. La plus légère tentative pour asseoir le malade dans son lit était suivie d'une exacerbation dans la dyspnée, allant presque jusqu'à l'asphyxie, avec anxiété profonde et toux continuelle; la pression exercée à l'épigastre ou sur les fausses côtes gauches déterminait beaucoup de toux et de douleur. Urines fortement colorées et chargées; nuits agitées. Pouls à 100, et faible dans le décubitus horizontal, trop rapide pour être compté dès que le malade se levait.

Traitement : *hydrargyrum cum creta*, 0,25; poudre d'ipécacuanha composée, 0,50, à prendre le soir en se couchant. Masse pilulaire mercurielle, poudre d'ipécacuanha, de chaque 0,025, extrait de ciguë, 0,15, pour une pilule, que l'on répétera toutes les quatre heures.

20 Août. Douleur et dyspnée beaucoup moindres; toux moins fréquente; pouls à 86; langue nette; absence de résonnance dans les deux tiers de la poitrine, en bas et à gauche. Même traitement.

31 Août. La matité s'étend maintenant à la totalité du côté gauche; il se sent mieux sous tous les rapports, mais a encore beaucoup de dyspnée au moindre exercice; pouls à 90. Traitement : iodure de potassium, bicarbonate de potasse, de chaque 2 grammes; infusion de gentiane, 180 grammes; esprit d'éther nitrique, 12 grammes. Mêlez : 30 grammes de cette mixture trois fois par jour.

10 Septembre. Etat stationnaire. Je fais reprendre l'huile de foie de morue avec la mixture d'iodure de potassium, dont le malade ne prend plus que deux cuillerées.

22 Septembre. Un peu moins de matité au sommet du poumon gauche, et léger retour de l'expansion dans la portion correspondante du poumon; pouls à 84; moins de dyspnée; se trouve mieux et plus fort. Alimentation généreuse; continuer le traitement.

6 Octobre. Matité moindre encore dans la moitié supérieure du thorax à gauche; poumon perméable, expansion pulmonaire; respiration meilleure, mais se précipitant encore facilement; pouls petit, à 94; bon appétit. Traitement : liqueur de taraxacum, 30 grammes, liqueur de potasse, 2 grammes, infusion de columbo, 160 grammes, teinture de jusquiame, 12 grammes. Mêlez : 30 grammes de cette mixture deux fois par jour, avec 15 grammes d'huile de foie de morue.

J'ai revu ce malade après plusieurs mois; sa santé générale était considérablement améliorée, mais il conservait encore un peu de toux et de dyspnée, avec matité à la partie inférieure de la poitrine à gauche, et imperméabilité de la portion correspondante du poumon. Néanmoins, il pouvait se livrer un peu au travail, et il a continué ainsi pendant quelques mois. Peu à peu sa santé s'est consolidée, et les dernières nouvelles que j'ai reçues de lui m'apprennent qu'il a repris l'exercice plein et entier de sa profession, et que sa santé est très-satisfaisante.

Obs. VIII. — Mlle L..., âgée de vingt-cinq ans. — 3 Juillet 1849. — D'une famille phthisique, a perdu son embonpoint, se trouve languissante et indisposée depuis les trois derniers mois; se plaint seulement de toux accompagnée d'une expectoration rare, parfois strié de sang; pouls à 90, faible et petit; langue chargée; aspect pâle et délicat; ventre libre; menstruation régulière; transpiration abondante vers le matin; matité et absence de murmure respiratoire dans la région sous-claviculaire droite. Traitement : mixture avec infusion d'oranges, 200 grammes, acide tartrique et acide cyanhydrique dilué, de chaque 15 gouttes, esprit de cannelle, 8 grammes; 30 grammes de cette mixture trois fois par jour. Embrocations et applications deux fois par jour sur le sternum avec le mélange suivant : liniment savonneux, 45 grammes, liqueur de potasse, 4 grammes, huile de croton, 2 grammes.

15 Juillet. Etat stationnaire. Huile de foie de morue, 15 grammes deux fois par jour, avec une dose de la mixture précédente.

La quantité d'huile de foie de morue fut portée à 30 grammes, deux fois par jour, et continuée à cette dose pendant quatre mois, et plusieurs mois encore à petites doses. Mlle L... a guéri, et continue à se bien porter.

Obs. IX. Mme D..., âgée de trente-trois ans. — 10 Juillet 1849. — Père mort phthisique. A la suite d'un catarrhe grave dont elle a été affectée, il y a quelques mois, elle a conservé toujours un peu de toux; amaigrissement; pouls lan-

guissant, à 84; langue nette; ventre régulier; bon appétit. Légère hémoptysie, il y a quelques jours, qui a cessé aujourd'hui; l'expectoration va au fond du vase; dyspnée au moindre exercice; matité à la percussion et absence de murmure respiratoire sous la clavicule; respiration pénible partout ailleurs. Traitement: appliquer pendant dix minutes, matin et soir, sur la poitrine, un linge trempé dans une lotion composée d'acide acétique, 45 grammes, vinaigre cantharidal, 15 grammes. — Deux cuillerées, toutes les quatre heures, de la mixtures uivante : infusion composée de roses, 200 grammes; acide sulfurique dilué, 2 grammes; vin de quinquina, 4 grammes; teinture de digitale, 6 grammes.

16 Juillet. Son poids est aujourd'hui de 116 livres et demie. L'hémoptysie n'a pas reparu. 15 grammes d'huile de foie de morue deux fois par jour.

7 Août. Etat de la poitrine comme précédemment, sous le rapport de la matité, etc. Poids, 119 et demi. 30 grammes d'huile de foie de morue, deux fois par jour; habitation dans un climat plus doux.

4 Octobre. Beaucoup d'amélioration sous tous les rapports; l'huile a été continuée jusqu'à ce jour. Poids, 133 livres. La malade se trouve parfaitement bien et a continué dans ce bon état.

Obs. X. Mlle H. C..., âgée de trente ans. — 23 juin 1848. — Sa sœur la plus jeune est morte phthisique. Jeune personne délicate et fort amaigrie, très-sujette à la dyspepsie, et affectée, depuis l'hiver dernier, d'une bronchite très-rebelle. Toux fréquente, avec peu d'expectoration; langue chargée et comme visqueuse; diminution de sonorité légère, mais évidente sous la clavicule droite, relativement au côté opposé; respiration rude; bruit d'expiration distinct; râle muqueux du côté gauche; douleurs fréquentes soos la clavicule du côté droit. Contre ces symptômes, on a employé avec persévérance des vésicatoires, des expectorants, et des moyens propres à relever les organes digestifs.

11 Juillet. Un peu d'amélioration dans la santé générale, mais encore une grande faiblesse et beaucoup d'amaigrissement; sueurs nocturnes dans ces derniers temps. Ventre libre, toux fatigante, expectoration mucoso-purulente, mais peu abondante: pouls à 80; matité, etc., comme précédemment; bronchophonie au sommet droit. Diète animalisée; un verre de bière amère au dîner. 8 gr. d'huile de foie de morue trois fois par jour.

22 Juillet. Amélioration sous le rapport des forces et de l'appétit; diminution de la toux. Doubler la dose d'huile de foie de morue.

26 Juillet. La malade a perdu du terrain. Organes digestifs fortement dérangés, avec perte d'appétit et nausées; pouls à 100; légers frissons dans l'après-midi, suivis de fièvre; sueurs nocturnes; langue chargée; beaucoup de toux. Traitement: 1° bicarbonate de soude, 1,25; eau, 30 gr.; sirop, 30 gr.; acide cyanhydrique dilué, 3 gouttes. Mêlez : à prendre toutes les quatre heures avec 15 gr. de jus de citron, à l'état d'effervescence; 2° continuer l'huile de foie de morue; 3° pilules mercurielles, 0,15; pilules de rhubarbe camphrée, 0,25; extrait de jusquiame, 0,15, pour deux pilules, à prendre le soir en se couchant.

10 Août. Amélioration depuis une dizaine de jours, mais aujourd'hui retour de la fièvre hectique, avec accroissement de la toux et faiblesse extrême; augmentation de l'amaigrissement; pouls à 100, petit, filiforme. En outre des sueurs nocturnes dont elle a souffert depuis quelques semaines, il y a aujourd'hui tendance à la diarrhée; expectoration plus abondante; côté droit de la poitrine moins expansible quo le gauche; aplatissement évident sous la clavicule droite; respiration caverneuse; pectoriloquie. Le soir, pouls à 130; peau chaude et sèche.

Traitement : infusion de cusparia, 200 gr.; bicarbonate de soude, 2,50; teinture de cannelle, 12 gr.; teinture d'opium, 12 gouttes; 30 grammes de cette mixture trois fois par jour.

Les choses restèrent stationnaires pendant quelques jours : fièvre hectique, sueurs nocturnes, etc.; fréquence du pouls, 120 environ, lorsque, à partir du 18 août, l'amélioration commença à se prononcer; le pouls tomba à 100, et le 21 août à 90.

21 Août. Citrate de quinine et de fer, 0,25; eau distillée de cannelle, 30 gr., à prendre deux fois par jour. Continuer l'huile de foie de morue. Habitation dans un endroit sec à la campagne.

11 Septembre. Beaucoup d'amélioration; pouls à 80; pas de frissons ni de fièvre hectique; appétit et digestion en meilleur état. La malade sort tous les jours. Expectoration diminuée. Poids, 119 livres.

9 Octobre. Amélioration progressive sous l'influence de l'huile de foie de morue et des ferrugineux. Toux et expectoration beaucoup moindres; côté droit de la poitrine décidément aplati et moins expansible que l'autre; pectoriloquie et respiration caverneuse, toutes deux très-distinctes. Poids, 119 livres.

Amélioration lente mais continuelle depuis cette époque jusqu'à la fin d'octobre, où je lui ai conseillé d'aller passer l'hiver dans le Devonshire; elle s'y est rendue au mois de novembre et y est restée jusqu'au printemps, continuant l'huile de foie de morue.

14 Mars 1849. La malade se trouve tout à fait bien et peut faire deux à trois milles à pied tous les jours. Pas de toux ni d'expectoration. Poids, 141 livres. Je l'ai revue dans l'été de 1850. Elle avait passé les deux hivers dans le Devonshire. Sa santé paraissait parfaite et elle est encore très-bien portante.

Je pourrais citer beaucoup d'autres cas à l'appui des bons effets que l'on peut retirer de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire; j'ai des notes sur trois autres malades, mais n'ayant pas de renseignements précis sur ce qui est advenu ultérieurement, je m'abstiens de les citer, pour donner place maintenant aux faits de la deuxième série, ceux dans lesquels il y a eu ou un grand soulagement, ou même une apparence de guérison, qui ne s'est pas soutenue, et qui, après un intervalle plus ou moins long, n'a pas empêché les malades de succomber aux progrès de la maladie.

(*La fin à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des goîtres suffocants et de leur traitement.

Par M. Bonnet, professeur à l'École de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut.

Toutes les tumeurs du cou qui produisent une grande gêne dans la respiration et qui déforment et rétrécissent la trachée-artère ne sont pas d'un volume considérable; il en est qui, bien que très-

petites, de trois centimètres, par exemple, de diamètre, produisent une suffocation constante ou rendent incapable de tout exercice et de tout effort.

La science ne possède aucun travail qui permette d'expliquer les graves accidents que produisent ces tumeurs, et qui indique les moyens spéciaux par lesquels on peut y remédier.

Je crois avoir comblé cette lacune en démontrant que les goîtres suffocants, malgré leurs petites dimensions, sont ceux qui s'engagent derrière le sternum et la clavicule, et qui, ne pouvant pas se développer en avant, à cause de la résistance opposée par les os, sont refoulés contre la trachée-artère et contre les nerfs qui l'avoisinent.

Les phénomènes d'asphyxie que produisent ces tumeurs étant ainsi en rapport, non avec leur volume, mais avec leur position, j'ai été conduit à les déplacer, à les ramener du sommet de la poitrine dans la partie inférieure du cou, du voisinage de la colonne vertébrale dans une région plus superficielle.

Cependant ces corollaires sur les avantages du déplacement de certaines variétés de goîtres étant la conséquence des caractères physiques et des influences fonctionnelles que je leur attribue, c'est à décrire ces caractères et à démontrer cette influence que je dois m'appliquer avant tout.

Tous les goîtres petits et suffocants siégent à la partie inférieure du cou, ce qui ne doit point étonner : s'ils gênent la respiration, c'est qu'ils glissent derrière le cercle supérieur de la poitrine ; il est naturel dès lors qu'ils soient placés près de cette cavité. Bien plus, il faut qu'ils soient d'un petit volume : si leurs dimensions dépassaient six ou sept centimètres, ils reposeraient sur le bord supérieur du sternum et de la clavicule, et ne s'engageraient pas derrière ces os ; ils auraient les caractères de ces hypertrophies volumineuses de la thyroïde qui ne produisent pas d'oppression, parce que leur volume même les force à rester au-dessus de la région pectorale.

Placés au bas du cou et toujours d'une médiocre grosseur, les goîtres que nous avons ici en vue ont un autre caractère commun ; c'est celui de la mobilité. Ils montent et ils descendent, suivant l'état du thorax et la position de la trachée-artère. Dans les grandes inspirations, ils s'engagent dans la poitrine, et ils en ressortent plus ou moins pendant l'expiration. La cause de ce phénomène est facile à établir. Lorsque le tube aérien a perdu une portion de son calibre, l'air ne peut pas entrer dans les poumons aussi rapidement que l'exigerait l'ampliation de la cavité qui le contient. L'air atmosphérique comprime alors les parois de la poitrine avec une force qui

n'est pas contre-balancée par la pression intérieure; il en résulte un enfoncement manifeste de la peau dans les fossettes sus-sternales et sus-claviculaires, enfoncement dont l'existence peut même devenir un signe précieux et servir à démontrer que le vide produit par l'inspiration n'est pas comblé suffisamment. Or, on comprend sans peine que si l'air atmosphérique pousse du côté de la poitrine les téguments inférieurs du cou, cette pression peut se transmettre aux tumeurs de la thyroïde et les faire descendre dans la même direction.

Le refoulement produit par la pression atmosphérique cessant au moment de l'expiration, et les goîtres mobiles reprenant une position plus élevée, il est quelquefois possible de glisser les doigts au-dessous de leur partie inférieure, et de les maintenir momentanément dans la région cervicale. La dyspnée et le ronflement trachéal diminuent alors, et s'ils ne disparaissent pas entièrement, c'est que la trachée-artère conserve ses déformations, lors même que la cause comprimante a été enlevée. Ces effets du soulèvement ont déjà été signalés en 1841, dans mon Traité des sections tendineuses; ils ont été le point de départ de la méthode que je préconise aujourd'hui.

Les caractères que nous venons de décrire sont à peu près les seuls que l'on observe lorsque les tumeurs de la thyroïde sont médianes et qu'elles glissent derrière le sternum. Mais lorsqu'elles sont latérales, c'est-à-dire placées entre la trachée-artère et le faisceau que constituent l'artère carotide, la veine jugulaire interne et le nerf pneumo-gastrique; lorsqu'elles touchent la colonne vertébrale et qu'elles sont derrière la clavicule, il se manifeste des accidents particuliers, en rapport avec la nature des nerfs comprimés. Ainsi, j'ai vu, dans un cas d'engourdissement du bras, une aphonie presque complète, et une impossibilité de se livrer à tout effort. Evidemment, il y avait chez le malade, sujet de ces observations, compression du plexus brachial et du nerf laryngé inférieur.

On sait, en effet, que le nerf laryngé anime les muscles constricteurs de la glotte, et que, lorsqu'il cesse de remplir ses fonctions, l'ouverture supérieure du larynx ne peut plus se fermer : de là résultent l'aphonie et l'impossibilité de retenir dans la poitrine la quantité d'air que nécessite la fermeté du point d'appui que dans les efforts elle doit fournir aux muscles. Dès lors, quand l'impossibilité de faire entendre des sons bien timbrés et de soulever des fardeaux se combine avec l'existence d'une tumeur placée sur le trajet du nerf laryngé inférieur, il est naturel d'admettre la compression et la paralysie incomplète de ce nerf, surtout si, comme dans le cas que j'ai

ici en vue, tous les accidents disparaissent avec la tumeur comprimante.

Un autre fait plus remarquable encore, et que j'ai cru devoir rattacher à ces tumeurs du cou inférieures et latérales à la trachée-artère, est la compression du nerf diaphragmatique. Chez le jeune homme qui a fait le sujet de cette observation, le ventre s'enfonçait pendant l'inspiration, phénomène étrange, car lorsque la poitrine se dilate et que le diaphragme s'abaisse, le ventre doit proéminer en avant. En voyant ainsi un mode de respiration semblable à celui que la section du nerf diaphragmatique produit sur les animaux, je crus devoir l'attribuer à la compression de ce nerf, et je fus confirmé dans cette opinion par le retour d'une respiration normale à la suite du déplacement et de la diminution de la tumeur. Il me reste du doute sur ce diagnostic, car l'enfoncement de l'abdomen pendant l'inspiration peut être du même ordre que l'enfoncement des fossettes sus-claviculaires par la pression atmosphérique; il peut dépendre de ce que la poitrine, agrandie par l'inspiration, ne se remplit d'air que d'une manière incomplète. Quoi qu'il en soit, il est vrai que les tumeurs placées sur les côtés et en bas de la trachée-artère, outre les accidents communs à celles qui occupent le devant de ce conduit, peuvent produire les mêmes phénomènes que la compression du plexus brachial, du nerf laryngé inférieur et du nerf diaphragmatique.

Si l'on a bien suivi les considérations qui précèdent, on préjugera le mode de traitement qu'exigent les tumeurs suffocantes qui en ont été le sujet. Ces tumeurs compriment la trachée-artère, parce qu'elles s'engagent derrière le sternum et la clavicule : il faut donc les élever au-dessus de ces os. Elles appuient sur des nerfs qui touchent la colonne vertébrale : elles sont donc trop en arrière, et il importe de les porter en avant. (*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur les collodions médicamenteux,

Par le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Faire servir les propriétés adhésives du collodion à maintenir pendant quelque temps un agent thérapeutique en contact avec certaines parties du corps, tel est probablement le but que se sont proposé tous ceux qui ont eu l'idée de rendre le collodion médica-

menteux; tel était, en particulier, le but de M. Hysch, de Saint-Pétersbourg, lorsqu'il a donné la formule du premier collodion médicamenteux, le collodion cantharidal. Il est assez curieux cependant que ceux qui se sont engagés depuis dans la même voie n'aient pas mieux réfléchi aux particularités inhérentes à cette forme médicamenteuse, particularités de nature à réduire presque à néant, dans certains cas, les avantages qu'on serait tout disposé à en attendre.

Qu'on examine, en effet, une lamelle de collodion desséché, et on y reconnaîtra un feutrage serré, imperméable à l'humidité et à nos humeurs, dans lequel la substance médicamenteuse, s'il y en existe, est emprisonnée au point de ne pouvoir agir que par la surface en contact, et moins encore peut-être, par les seuls points par lesquels cette substance est en rapport immédiat, sans aucun intermédiaire, avec nos tissus. Il suit de là que tout collodion médicamenteux qui n'a pas pour base une substance médicamenteuse active sous un petit volume, et qui, de plus, n'en contient pas une quantité très-forte, relativement à la dose employée en toute autre circonstance, est une préparation sans valeur et qui ne mérite pas d'être conservée dans la pratique. Il suit de là également que les collodions médicamenteux ne doivent pas être employés indifféremment dans tous les cas, mais seulement dans certaines circonstances, et en particulier lorsque la situation des organes, leur nature, leur conformation, s'opposent à ce que la substance médicamenteuse, sous les formes habituellement employées, puisse rester longtemps en contact avec certaines parties. A la face, par exemple, sur certains points des membres, il est assez difficile de maintenir en rapport constant avec la peau un agent thérapeutique quelconque, et les lecteurs du *Bulletin* doivent se rappeler cette intéressante observation de M. le professeur Borelli, de Turin, qui a fait servir le collodion cantharidal à l'application répétée de vésicatoires autour de l'orbite, dans un cas de double strabisme avec blépharoptose. Dans les cavités intérieures, sur le col de l'utérus, comme je crois l'avoir montré le premier, le collodion permet également de maintenir en rapport avec cet organe des agents médicamenteux qui seraient bientôt détachés et enlevés par les mucosités, s'ils étaient employés sous une autre forme.

Les expériences que j'ai entreprises sur ce sujet depuis plusieurs années, et dont je me propose de faire connaître aujourd'hui les résultats aux médecins, sont la confirmation des principes que j'ai établis plus haut. Tour à tour j'ai essayé de combiner avec le collodion diverses substances *solubles dans l'éther;* j'insiste sur cette

dernière circonstance, parce que cette solubilité me paraît la condition indispensable d'une bonne préparation, et il m'est impossible par conséquent de considérer comme telle le *collodion saturnin* de M. Hannon, simple mélange de collodion en partie décomposé et de sous-acétate de plomb liquide. De ces substances il n'en est que trois qui m'ont paru de nature à faire la base de préparations stables et actives, le deutochlorure de mercure, l'iode et le perchlorure de fer. Je réserve mon jugement en ce qui touche le collodion cantharidal, que je n'ai pas assez essayé.

1° *Du collodion mercuriel.* — A l'époque où le collodion fut proposé dans le traitement de l'érysipèle et de quelques autres affections de la peau, j'essayai de faire servir cet enduit au traitement abortif des pustules varioliques, et je communiquai, à cette époque, à la Société médicale des hôpitaux de Paris les premiers résultats de mes expériences. Ces résultats étaient très-favorables, mais ils ne s'appliquaient qu'à des varioloïdes ou des varioles non confluentes. L'emploi du même moyen dans les varioles confluentes fut loin d'être aussi satisfaisant : le pus fusait au-dessous du masque formé par le collodion, et lorsque celui-ci tombait, il laissait une surface dénudée, bourgeonnante, dont la cicatrisation ne donnait pas un résultat beaucoup plus agréable à la vue que si l'éruption eût été abandonnée à elle-même. Je songeai alors à l'efficacité abortive bien connue du mercure, et je fis choix du sublimé, qui se dissout en toute proportion dans l'éther. Je commençai par des doses très-faibles, 25, 30, 50 centigram. pour 100 gram. de collodion ordinaire ; mais bientôt je devins plus hardi, 75 centigr., 1 gramme même, et je m'arrêtai à la formule suivante :

Pr. Deutochlorure de mercure.......	1,50
Collodion simple ou flexible......	100

Je ne fus pas peu agréablement surpris lorsque je reconnus que sous l'influence de cette application l'éruption s'arrêtait, que les pustules, après s'être un peu développées, avortaient sans suppurer, et lorsque je reconnus surtout, en enlevant, après quelques jours, le collodion dans certains points, que les pustules étaient réduites au disque pseudo-membraneux sans suppuration. Ce disque lui-même se desséchait *in situ* et tombait avec l'épiderme, qui se renouvelait, et dont le feuillet superficiel se détachait avec le collodion. Pour assurer davantage ma conviction, relativement à cette influence abortive du collodion mercuriel, je laissai plusieurs fois, sans la couvrir d'enduit, une moitié de la face, tandis que l'autre était tapissée de collodion mercuriel ; dans d'autres cas encore, je couvris une moitié de

la face de collodion mercuriel et l'autre de collodion simple. Le résultat fut toujours le même : le côté couvert de collodion mercuriel n'offrait pas trace de cicatrices, tandis que de l'autre côté celles-ci n'étaient que trop évidentes. Au reste, après la confirmation que mon savant collégue, M. Briquet, a bien voulu donner de ce fait au sein de la Société de médecine de la Seine, je crois inutile d'insister davantage sur ce point. Je suis heureux de voir que M. Briquet ne fait aucune différence entre le masque au collodion mercuriel et l'emploi de la pommade mercurielle ; je n'en demande pas davantage.

Je crois cependant utile d'entrer dans quelques détails relativement au mode d'application du masque de collodion mercuriel. L'expérience m'a appris qu'il y a d'autant plus de chance de faire avorter les pustules que l'application du collodion est faite à une époque plus rapprochée du début. De même, comme il doit toujours y avoir du gonflement, il convient de ne pas enserrer la face dans un enduit trop épais, et de laisser des espaces libres pour le gonflement. C'est ainsi que j'ai l'habitude de n'étendre qu'une couche très-légère le premier jour, et de respecter, autant que possible, dans cette application, les plis principaux, qui servent au mouvement des lèvres, des joues et des paupières. De cette manière, le gonflement s'opère sans trop de difficulté ni de douleur, et je me borne, les jours suivants, à réparer avec le pinceau les déchirures qui se sont produites dans les diverses parties du masque.

Je dois ajouter, pour rassurer ceux de nos confrères qui voudraient recourir à ce moyen, que je n'ai jamais vu de salivation ni même apparence de gonflement des gencives à la suite de ces applications de collodion mercuriel. Je n'en ai pas vu davantage dans quelques essais, du reste sans résultat avantageux, que j'ai tentés avec le collodion mercuriel, même plus chargé de sublimé, dans certains cas d'affection utérine, et principalement de métrite chronique avec ulcération. Il pourrait arriver cependant, en portant trop haut la dose du sublimé, que les couches les plus superficielles du derme fussent mortifiées. C'est ainsi que dans un cas où j'avais fait usage d'un collodion mercuriel au 10e, l'application sur le visage fut suivie de douleurs très-vives, et, en outre, de la formation çà et là de petites escarres noires, épaisses d'une ligne au plus, qui se sont détachées par suppuration, en laissant des surfaces bourgeonnantes, lesquelles sont arrivées à cicatrisation sans autre difformité qu'une légère dépression. La peau était même plus lisse et plus naturelle du côté traité ainsi que du côté sur lequel l'éruption avait été abandonnée à elle-même. On peut, du reste, utiliser ces propriétés caustiques du col-

lodion, ainsi chargé de sublimé, comme l'a fait M. Macke dans ces derniers temps.

2° *Du collodion iodique.* — C'est principalement en vue des affections utérines et de quelques affections de la peau, de l'eczéma chronique en particulier, que j'ai été conduit à incorporer l'iode dans le collodion. Après de nombreux tâtonnements, je me suis arrêté à la formule suivante, suffisamment chargée du médicament, sans altérer les propriétés adhésives du collodion.

Pr.	Iode pur.............	4 grammes.
	Collodion ordinaire....	100 grammes.

Ce collodion est d'un rouge acajou foncé, parfaitement transparent et homogène, très-élastique. Il forme sur la peau une couche d'un rouge acajou dont la teinte s'affaiblit rapidement par l'évaporation de l'iode. Douze heures après, il ne reste qu'une très-petite quantité de ce médicament, et après vingt-quatre heures, à peine s'il y en a des traces. Les mêmes phénomènes se produisent dans les applications faites sur le col de l'utérus ou sur des surfaces dénudées, et l'on trouve alors dans les urines une grande quantité d'iode, tandis que cette quantité est assez faible dans le cas d'application sur la peau saine.

Le collodion iodique est presque sans action sur les pustules varioliques, autre que celle que possède le collodion ordinaire. C'est une préparation, au contraire, très-utile comme agent modificateur de certaines éruptions cutanées, du zona, de l'eczéma chronique, mais surtout des gonflements chroniques du col de l'utérus avec ou sans ulcération.

3° *Du collodion ferrugineux.* — Ce collodion diffère un peu de celui que j'ai fait connaître il y a quelques années sous le même nom, et qui était composé de parties égales de collodion et de teinture de perchlorure de fer. J'ai remplacé cette teinture par le perchlorure de fer liquide, soit à parties égales, soit, ce qui vaut mieux, au quart, comme suit :

Pr.	Perchlorure de fer......	30 grammes.
	Collodion ordinaire......	100 grammes.

Ce collodion est d'une couleur d'ocre, un peu trouble; il dépose après un certain temps et il convient, par conséquent, d'agiter le flacon avant de s'en servir. Il forme à la surface de la peau un enduit très-flexible et très-adhérent; il adhère également très-bien à la surface du col utérin. Si, le col utérin une fois revêtu de l'enduit ferrugineux, on badigeonne également la partie supérieure du vagin, on obtient une astriction de ce conduit qui enserre fortement le col et le maintient immobile pendant quelques heures. Cette pratique,

quoique un peu douloureuse, n'est pas sans avantages dans les cas d'abaissement et de gonflement chroniques de l'utérus.

Le collodion au perchlorure de fer possède encore une action très-efficace en application sur les surfaces érythémateuses et érysipélateuses, pour calmer la sensation de chaleur et de brûlure ; il m'a semblé également que ces applications enrayaient mieux la marche envahissante de l'érysipèle que les applications de collodion ordinaire; mais l'érysipèle est une maladie si étrange dans sa marche et dans son développement qu'il est impossible de rien affirmer à cet égard. Malheureusement, le collodion au perchlorure de fer, comme beaucoup de préparations ferrugineuses, et en particulier comme le sulfate de fer recommandé par M. Velpeau, a l'inconvénient de tacher le linge d'une manière indélébile et d'en amener la destruction après un certain temps.

Un Mot sur un nouveau procédé pour l'extraction de la digitaline et sur une nouvelle formule pour préparer le sirop de digitale.

M. Bernier, pharmacien à Renwez, propose de préparer la digitaline de la manière suivante :

Épuisez la poudre de digitale avec de l'alcool à 34 degrés Cartier; distillez, pour extraire la plus grande partie de l'alcool ; évaporez au bain-marie le résidu de la distillation, jusqu'à ce qu'il ait la consistance d'un extrait mou et laissez-le refroidir. Traitez cet extrait avec quatre fois son poids d'eau distillée, filtrez, lavez le filtre; ajoutez à ces liqueurs, qui sont acides, du bicarbonate de soude, jusqu'à ce qu'elles soient alcalines, et concentrez pour avoir un extrait mou. Délayez cet extrait dans dix fois son poids d'alcool à 34 degrés Cartier, en ayant le soin de verser l'alcool par parties, et filtrez. Ajoutez à la liqueur alcoolique autant d'éther que d'alcool employé, agitez pendant quelques minutes et abandonnez au repos. Décantez la liqueur, distillez-la au bain-marie pour obtenir l'éther et l'alcool et faites encore un extrait mou. Dissolvez cet extrait dans cinq fois son poids d'alcool, filtrez et ajoutez trois fois autant d'éther que d'alcool employé, laissez déposer et décantez. Distillez de nouveau, évaporez encore et traitez l'extrait avec quatre fois son poids d'alcool et dix fois autant d'éther, décantez et évaporez jusqu'à siccité. Soumettez cet extrait à l'action de l'éther pur, pour le débarrasser de la matière colorante grasse qu'il contient, délayez-le dans cent fois son poids d'eau distillée et recueillez le produit insoluble : c'est la digitaline. Desséchez-la et traitez-la par de l'alcool à 40 degrés et du charbon pour l'avoir pure.

Cette digitaline a une couleur de chêne; elle est excessivement amère; elle a la consistance de la cire; elle est soluble dans l'alcool faible et concentré; mais elle est insoluble dans l'eau et l'éther, les alcalis et les acides. L'acide sulfurique de Saxe la colore en violet.

Il est à regretter que M. Bernier n'ait pas comparé les propriétés de sa digitaline avec les propriétés de la digitaline de MM. Homolle et Quevenne, car la digitaline qu'on peut extraire de la digitale ne se présente pas toujours avec les mêmes propriétés. Elle a souvent besoin d'être purifiée plusieurs fois, avant d'être employée comme agent thérapeutique; aussi MM. Homolle et Quevenne pensent-ils que la digitaline médicale doit avoir pour caractères distinctifs une couleur *paille tendre*, un aspect résinoïde et une très-grande friabilité. Sa poudre doit être jaune pâle. Elle doit être un peu soluble dans l'eau, un peu plus soluble dans l'éther concentré, plus encore dans l'éther faible et très-soluble dans l'alcool à tous les degrés. Elle doit se précipiter sous la forme globulaire de ses dissolutions, qui sont soumises à l'évaparation spontanée. L'acide chlorhydrique concentré le dissout en le colorant en vert. Enfin, un soluté de 1 centigramme de digitaline dans 2 grammes d'alcool doit exiger deux litres d'eau, pour que sa saveur amère disparaisse entièrement.

Si la digitaline avait des propriétés caractéristiques bien nettes, si elle cristallisait, si sa nature était parfaitement déterminée, nous n'aurions pas fait d'observations sur ce procédé; mais comme la digitaline est un de ces corps dont la nature est peu connue, dont la pureté n'est pas encore prouvée, nous ne pensons pas qu'on puisse substituer un nouveau procédé au procédé adopté par tout le monde, sans avoir obtenu avec le produit du nouveau procédé toutes les réactions qui caractérisent la digitaline.

M. Bernier propose encore de concentrer au dixième le soluté alcoolique qu'il prépare avec l'extrait qu'il obtient après la saturation du liquide par le bicarbonate de soude, et d'employer ce soluté titré à la préparation du sirop de digitale. Il pense que le sirop de digitale préparé avec son soluté titré aurait l'avantage de bien se conserver, d'être très-agréable à prendre et de ressembler beaucoup au sirop de M. Labélonye.

Cette proposition ne nous paraît pas acceptable. En effet, pourquoi changer la préparation du sirop de digitale, qui est très-simple, pour lui substituer une longue préparation? Si ce sirop pouvait y gagner, on comprendrait l'utilité de la modification; mais comme le sirop de digitale agit avec une grande régularité, comme ses effets sont constants, nous ne pensons pas qu'il soit utile de substituer

aux sirops hydraulique et alcoolique connus un sirop dont les propriétés thérapeutiques n'ont pas été étudiées, un sirop qui ne peut, en somme, présenter aucun avantage réel. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des plaques de gutta-percha médicamenteuses et de leurs applications.

Lorsqu'il y a un mois, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie diverses préparations composées de gutta-percha et de substances vésicantes et antiputrides caustiques, et de vous en remettre quelques échantillons, je n'avais encore que quelques faits cliniques isolés, et je n'osais me prononcer sur leur valeur thérapeutique.

Aujourd'hui que je possède un certain nombre de faits qui me permettent de conclure affirmativement, et que je me sers de préparations dont l'induction première est due à M. Robiquet, je n'hésite pas à dire que désormais la gutta-percha va jouer un rôle important dans certaines préparations pharmaceutiques et va devenir, par sa combinaison avec certaines substances actives, un agent thérapeutique indispensable en médecine.

Je viens donc accomplir la promesse que je vous ai faite de vous envoyer une note qui indiquera la manière d'employer quelques-unes de ces préparations et les résultats pratiques que j'ai déjà obtenus.

1° *Plaques de gutta-percha et de limaille de fer porphyrisée.*— Ces plaques doivent être épaisses de 1 millimètre dans tous leurs points; elles servent aux pansements des ulcères anciens, des plaies sanieuses et des escarres de la région sacrée dans les fièvres graves.

Pour appliquer une plaque, on la trempe dans l'eau chaude à 40 degrés environ, afin qu'elle se moule par sa souplesse sur les saillies et les anfractuosités de l'ulcère; lorsqu'elle est appliquée, on la recouvre d'un linge imbibé d'eau froide, afin que ce linge n'adhère pas, lors du pansement suivant, à la surface externe de la plaque; le tout est maintenu par une bande. On laisse cette plaque en place de un à quatre jours, suivant les indications, suivant l'abondance et la nature de la suppuration.

Lorsqu'on l'enlève, elle n'adhère pas à la surface de la plaie; les bourgeons charnus, affaissés par la pression de la plaque, ne saignent

pas ; et, sous l'influence de ce *nidamentum ferrugineux*, la cicatrice marche avec une grande rapidité.

La même plaque peut servir pendant longtemps et même pendant tout le temps de la cicatrisation de la plaie ; il suffit, à chaque pansement, de laver à l'eau froide la surface de la plaque qui est en contact avec le pus, de l'essuyer avec un linge, de la passer ensuite à l'eau chaude à 40 degrés ou sur un feu doux, et de l'appliquer à la même place qu'auparavant.

J'ai eu l'occasion d'appliquer les plaques ferrugineuses dans plusieurs circonstances, sur des ulcères anciens, compliqués de callosités de la peau et de varices aux jambes, sur des ulcères à végétations fongueuses et saignantes ; les faits démontrent complétement leur propriété cicatrisante. Ces plaques maintiennent le membre, protégent la plaie et assouplissent la peau indurée qui avoisine ordinairent les ulcères ; elles ne produisent aucune douleur et ne déterminent pas d'érythème, comme le sparadrap.

C'est d'après le même mode qu'on prépare des plaques composées de gutta-percha et de sels de plomb, tels que l'iodure, le nitrate de plomb, l'acétate de plomb et des sels de mercure, tels que le sulfure rouge de mercure, etc.; ce sont des préparations secondaires destinées à des cas spéciaux ; on les applique de la même manière que les plaques ferrugineuses.

2° *Plaques vésicantes composées de gutta-percha et de cantharides.*—M. Robiquet a incorporé à la gutta-percha la poudre de cantharides, dans les mêmes proportions que pour l'emplâtre-vésicatoire du Codex, et a obtenu des plaques vésicantes d'une grande activité ; ces plaques sont faciles à manier et à tailler, et peuvent servir au moins deux fois sur le même individu.

La surface de cette plaque peut être mise directement en contact avec la peau, ou bien recouverte d'un papier huilé qui hâte l'action vésicante, loin de la retarder.

Ce vésicatoire agit rapidement, en douze heures, une ampoule est produite et remplie de sérosité; la douleur est moindre, et, par suite de l'état huileux de la surface, l'action cantharidienne sur les voies urinaires paraît nulle.

En outre de cet emplâtre-vésicatoire, M. Robiquet a préparé des feuilles de gutta-percha destinées à remplacer les anciens papiers à cautère et les papiers épispastiques. Il monte, en ce moment, des appareils pour fabriquer des pois à cautère, également en gutta-percha.

3° *Caustique fluidifiant. — Préparations composées de gutta-*

percha et de potasse (plaques, cylindres, pastilles). — La gutta-percha, additionnée de 1 pour 100 de cire vierge, par sa combinaison intime avec la potasse forme un savonule caustique qui me paraît constituer un progrès véritable en thérapeutique chirurgicale; car, par sa facilité à être taillé sous différentes formes, par son activité caustique, par la netteté et la profondeur de l'escarre, je suis sûr qu'il est destiné à remplacer la pâte de Vienne et le caustique Filhos.

Pour appliquer un cautère, on trempe une pastille dans l'alcool à 22° Beaumé; on mouille très-légèrement la surface avec un papier trempé dans l'eau ; on la maintient sur la peau au moyen d'un agglutinatif: la douleur se fait sentir aussitôt, et se continue d'un quart d'heure à quatre heures, suivant l'épaisseur et les dimensions de la pastille. Alors une escarre est produite; cette escarre est nette, profonde, et ne dépasse jamais la limite qu'on désire. Quand on enlève la pastille, elle paraît intacte, mais elle a perdu de sa couleur et de son poids. Une pastille pesant 1 gramme 75 centigr. avant l'application ne pesait plus après que 1 gram.

Les cylindres de potasse caustique et de gutta-percha peuvent remplacer avantageusement le crayon de nitrate d'argent dans un grand nombre de cas; aussi la trousse du chirurgien doit-elle être pourvue d'un porte-caustique fluidifiant, c'est-à-dire d'un cylindre de gutta-percha et de potasse, pour agir sur les taies albumineuses de la cornée, sur les chancres indurés, et sur les ganglions ulcérés, etc.

4° *Caustique coagulant et hémostatique.—Préparations composées de gutta-percha et de chlorure de zinc (plaques, cylindres, fils, etc.).* — Parmi les combinaisons de la gutta-percha avec les substances médicamenteuses qui recevront prochainement dans la pratique d'utiles applications, celle du chlorure de zinc sera, sans contredit, une des plus importantes.

Ce caustique, qui doit remplacer la pâte Canquoin, peut être préparé : 1° sous la forme de plaques dans lesquelles on taille des lanières, des disques ou des pointes, pour appliquer sur des plaies saignantes, ou introduire dans des fistules, ou dans des tissus morbides, qu'on veut cautériser profondément; 2° sous la forme de cylindres destinés à remplacer le crayon de nitrate d'argent, pour toucher les blépharites granuleuses, les plaies saignantes, les bourgeons trop luxuriants ou de nature suspecte, et les chancres syphilitiques récents; 3° sous la forme de fils destinés à lier le pédicule de certaines tumeurs sanguines.

Cette préparation caustique est douée d'une action énergique sur les tissus, par suite de l'exsudation de la plus grande partie du chlorure de zinc à travers la porosité imperceptible de la gutta-percha.

Cette exsudation est réelle, elle est probablement due à la dilatation des espaces intra-moléculaires de la gutta-percha, sous l'influence de la température du corps, et à l'action qu'exerce la force de capillarité produite par les tissus vivants, sur un mélange mécanique qu'on peut se représenter comme une éponge retenant dans ses pores les substances caustiques, mais ne s'y combinant pas chimiquement. Cette exsudation se manifeste par la perte de la couleur et la diminution de poids de la plaque après un séjour de quelques heures dans les tissus, bien qu'elle conserve sa forme, son volume et sa souplesse.

Sous le rapport de la préparation, M. Robiquet m'a dit avoir encore quelques perfectionnements à apporter, non pour produire l'union de la gutta-percha avec les substances dont je viens de parler, mais pour donner à ses produits une forme plus élégante.

Je désire, monsieur et honoré confrère, que ces préparations soient expérimentées par des chirurgiens plus habiles que moi, et j'espère que, par l'organe de votre excellent journal, mon vœu sera exaucé.

A. MAUNOURY,
Chirurgien de l'hôpital de Chartres.

Effets avantageux du seigle ergoté dans la paralysie des membres.

Le seigle ergoté, employé d'abord dans l'art des accouchements, a vu s'agrandir de jour en jour le champ de ses applications thérapeutiques. On l'a étendu par induction du traitement des métrorrhagies puerpérales, à celui des hémorrhagies, puis à celui des flux muqueux atoniques (diarrhée, leucorrhée, blennorrhée, spermatorrhée). Son action puissante sur la contractilité utérine a fait présumer qu'il pourrait être efficace dans les paralysies partielles des muscles de la vie organique, et l'on en a obtenu des succès remarquables dans la paralysie vésicale. Houston, en Angleterre, les auteurs du Compendium de médecine pratique, MM. Payan, Saucerotte père, ont cité dans ce journal des cas de guérison obtenus dans cette affection par ce médicament. Il a été conseillé dans la paraplégie par MM. Boudin et Payan ; mais, malgré les guérisons obtenues avec l'ergot de seigle, ce médicament n'est pas entré jusqu'ici dans la thérapeutique normale des paralysies ; ces faits, déjà nombreux, sont encore cités comme exceptionnels. Et, cependant, l'action

du seigle ergoté sur le système musculaire en général sert depuis longtemps d'observation vulgaire. En effet, des accidents toxiques, connus sous le nom d'ergotisme convulsif, on aurait pu déduire les propriétés médicatrices de l'ergot, et son action spéciale sur l'appareil musculaire.

Le seigle ergoté mérite un rang distingué à côté des médicaments tétaniques. C'est un excitant puissant de la contractilité à tous ses degrés : contractilité des capillaires ; contractilité des muscles de la vie organique et de ceux de la vie de relation : propriétés d'où l'on peut déduire, *à priori*, les affections dans lesquelles on pourrait peut-être l'employer avec le même succès, la paralysie générale progressive, la chorée, etc.

L'efficacité de l'ergot dans la paralysie des membres étant moins généralement appréciée que ses autres applications, je vais citer quelques faits qu'on pourra rapprocher du cas de paralysie guéri aussi par l'ergot, et cité dans le Guide de médecine pratique de Valleix.

Obs. I. Genay, cultivateur à Mont-sur-Meurthe, cinquante-deux ans, bonne constitution, sans maladies antérieures, après un travail de plusieurs heures, les pieds dans la neige, rentra chez lui refroidi (mars 1855). Les jours suivants, de la faiblesse, des fourmillements dans les jambes lui rendent le travail impossible. Ses faiblesses et son malaise augmentent tous les jours; il est obligé de garder la chambre d'abord, le lit ensuite. Je suis appelé par lui le 6 mai. Il est alité depuis quinze jours.

Etat actuel : amaigrissement et affaiblissement général; la faiblesse des membres inférieurs est telle que Genay peut à peine se soutenir avec une canne. Fourmillements et élancements dans les jambes et les pieds, contractions fibrillaires dans les muscles des mollets. Pas de douleur à la pression sur la colonne vertébrale. Pas d'appétit; douleurs épigastriques; constipation opiniâtre, ne cédant aux lavements qu'au bout de huit ou dix jours. Respiration et circulation normales. Miction libre.

Intelligence nette, découragement, apathie.

Prescription. Bains sulfureux, douches de vapeur sur la colonne vertébrale avec l'appareil de Dzondi. Extr. noix vomique en pilules de 0,05 à 0,15, progressivement.

Le 18, même état. La noix vomique augmentant l'épigastralgie, je ne puis élever la dose. Prescription *ut suprà*.

Le 25, même état. Je renonce à la noix vomique et aux douches de vapeur, je donne le seigle ergoté en poudre, à doses graduées, de 0,50 à 0,75 par jour. On y joint des frictions sur les membres et sur la colonne vertébrale avec teint. de noix vomique, 300 grammes.

Ammoniaque liquide, 10 grammes; bains sulfureux.

Le 2 juin, l'amélioration est très-grande; l'appétit, les forces reviennent; le malade peut marcher sans difficulté avec son bâton. La constipation et les douleurs gastralgiques ont disparu, le moral est remonté.

Prescription. Continuation du seigle ergoté, à 0,75 par jour, limaille de fer, régime tonique.

Fin juin, le malade peut gagner facilement son jardin, en s'aidant de sa canne. A dater de cette époque, l'amélioration marche rapidement et permet à Genay de reprendre peu à peu ses occupations.

La guérison est complète aujourd'hui (25 septembre). Genay a pris 20 grammes environ de seigle ergoté, du 23 mai à la fin de juin.

Voici d'autres faits que j'ai recueillis dans le service de mon père, à l'hôpital de Lunéville :

Obs. II. Ciron, soldat au 8e régiment de lanciers, entre à l'hôpital au commencement de l'année 1855, pour une fièvre typhoïde, qui dura quarante jours. En pleine convalescence, et plus de quinze jours après la disparition de la fièvre, il est atteint, à l'hôpital même dont il n'était pas sorti, d'une pneumonie dont il se rétablit assez promptement, puis d'une varioloïde qu'il contracta dans le voisinage d'un militaire atteint de la même affection. Se croyant enfin en état de reprendre son service, il sort de l'hôpital dans un état satisfaisant en apparence, sauf une faiblesse dans les jambes, qui ne lui permit pas de monter à cheval et qui, n'ayant fait que s'accroître, le ramena bientôt à l'hôpital. Mon père pensa d'abord pouvoir expliquer cette faiblesse par la série de maladies que Ciron venait d'éprouver; mais des douleurs sourdes le long de la colonne vertébrale, l'affaiblissement croissant des mouvements des membres abdominaux et l'apparition des mêmes symptômes dans les membres thoraciques, forcèrent bientôt de reconnaître là une affection essentielle de la moelle épinière. Un traitement spécial fut dès lors institué. Ventouses, frictions ammoniacales, révulsifs *intus* et *extra*, ammoniaque à l'intérieur, douches, bains sulfureux, etc.; tout cela fut sans résultat. Ciron, dans un état satisfaisant du côté des fonctions de nutrition, sans fièvre, en était au point de ne pouvoir se soutenir, ni serrer un objet dans ses mains. Du reste, point de contractions, pas de paralysie de la vessie ni du gros intestin; sensibilité cutanée intacte. Mon père se proposait d'appliquer le feu de chaque côté de la colonne vertébrale, quand, se souvenant des bons résultats qu'il avait obtenus du seigle ergoté dans un cas analogue, il l'employa à doses croissantes, de 0,50 à 1,00. Dès les premiers jours, un léger mieux se déclara, puis continua en progressant de telle sorte qu'après trois semaines de l'emploi de cette substance, Ciron put quitter l'hôpital entièrement guéri.

Aux deux observations que l'on vient de lire, je pourrais en joindre une troisième également empruntée à la clinique de mon père, et qui a l'analogie la plus frappante avec la précédente : il s'agit d'un militaire entré à l'hôpital, dans le même hiver, pour une varioloïde sans gravité, et qui, pendant sa convalescence, offrit les symptômes d'une paraplégie. Cette affection, après avoir résisté à tous les moyens employés en pareille circonstance, y compris la strychnine, fut guérie par le seigle ergoté, au moment où l'on se disposait à envoyer le malade à Bourbonne. Cette fois seulement, la guérison se fit attendre quelques semaines de plus.

Ce n'est donc point uniquement dans les paraplégies essentielles (comme celles de l'*Obs.* Ire), que réussit l'ergot de seigle, mais

aussi dans les paralysies qui succèdent à d'autres affections, sans connexion apparente avec les premières. Cette grande question de la succession des maladies, déjà entrevue par Hippocrate (διὰ ἐξ ἰδῶν, *De Morbis*, I), reprise depuis par des observateurs éminents, F. Hoffman, Baglivi, Lorry, n'est-elle pas de celles qu'on néglige, moins pour leur peu d'importance que par suite des obscurités qu'elles présentent ?...

Docteur SAUCEROTTE fils.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi du seigle ergoté dans la paralysie essentielle de l'enfance. — La note intéressante que nous adresse M. Saucerotte fils nous engage à consigner ici les quelques essais que nous avons tentés avec le même agent thérapeutique, dans une forme de paralysie dont le traitement est encore loin d'être formulé. Nous voulons parler de la paralysie de l'enfance; si, comme l'a fait observer le docteur Kennedy, dans un certain nombre de cas, la maladie disparaît complétement; le plus souvent, cependant, le mouvement reparaît seulement d'une manière incomplète dans le membre paralysé, et force l'art à intervenir. — L'absence de lésions matérielles, constatée dans les quelques rares autopsies qu'on a eu l'occasion de pratiquer, car la maladie n'entraîne jamais la mort immédiate des malades, l'absence d'altération matérielle, disons-nous, a conduit les premiers observateurs à penser que la spontanéité de l'organisme vivant suffirait à elle seule pour triompher du désordre de la motilité. Il n'en est rien malheureusement, et la pratique en est réduite à ne compter comme ressource réelle, dans les cas de cette espèce, que sur les exercices gymnastiques, mis en relief dans ce journal par M. Richard, de Nancy (*Bulletin de Thérapeutique,* tome XXXVI, p. 120). Ce traitement s'applique seulement à la période atrophique de la maladie; quant à la période paralytique, nulle médication utile n'a encore été signalée. Quelque incomplets que soient les faits que nous allons rapporter, nous croyons devoir les placer sous les yeux de nos confrères, espérant qu'ils trouveront peut-être dans ce récit des encouragements à poursuivre l'expérimentation du seigle ergoté dans les paralysies de l'enfance.

Obs. I. Le premier cas a pour sujet une petite fille de huit ans et demi, affectée d'une paraplégie qui avait succédé à une attaque d'éclampsie survenue pendant le cours de la première dentition ou de la paralysie des membres inférieurs; l'enfant était atteinte d'incontinence d'urine et des matières fécales. Les soins de

propreté qu'exigeait une semblable infirmité la firent laisser à sa nourrice; ce fut seulement en 1848 que le père se décida à la faire venir à Paris pour l'y faire traiter. M. Martin Solon la fit admettre admettre à l'hôpital des enfants malades; elle y resta seulement quelques jours, à cause du grand nombre d'affections éruptives qui régnaient alors dans les salles. Sortie de l'hôpital au mois de septembre, elle fut inscrite au nombre des malades du premier dispensaire, et nous fûme appelés à lui donner nos soins. Cette enfant n'avait jamais eu d'autre maladie; elle présentait les apparences de la meilleure santé; son teint était vermeil. Le tronc et les membres supérieurs bien développés, les membres inférieurs, surtout les jambes, étaient assez amaigris. Cependant, malgré la longue durée de la maladie, l'atrophie portait seulement sur les parties molles, et on ne constatait aucun arrêt de développement dans la charpente osseuse. Les muscles fléchisseurs, au moindre attouchement, entraient dans un état de contracture. (Cet accident nous a paru se rattacher surtout à l'état nerveux général de la petite malade.) Attribuant l'incontinence des matières dont elle était affectée à de la paresse, sa nourrice, dans l'espérance de la rendre plus propre, la battait chaque fois qu'elle laissait aller sous elle; aussi l'enfant était devenue d'une pusillanimité extrême; son intelligence était de beaucoup inférieure à celle des enfants de son âge. Cela tenait-il à la maladie ou aux mauvais traitements? Sans aucun doute, les deux causes auraient revendiqué une part dans ce résultat. Quoi qu'il en soit, la nature de la maladie ne laissait aucun doute. Sa forme, la conservation de la sensibilité cutanée et l'existence de la contractilité électro-musculaire que je trouvais normale, m'engagèrent à recourir au seigle ergoté, dont l'expérience a surtout témoigné la valeur dans les paraplégies et les incontinences d'urine. Je prescrivis des paquets de 0,25 de poudre de seigle ergoté à prendre en deux fois, la moitié le matin et le reste le soir. Au bout de huit jours, cette dose fut portée progressivement, en augmentant chaque deux jours de 5 centigrammes, jusqu'à 50 centigrammes. A la fin du mois, un matin, en faisant la toilette do son enfant, la mère l'a vue pour la première fois écarter les cuisses. Le père, ravi du résultat, et craignant de voir cette amélioration si ardemment souhaitée lui échapper, lui administra alors des doubles doses (0,50). Pendant toute la journée, la petite malade fit mouvoir ses membres. La même dose fut-elle répétée le soir et le lendemain? Je n'ai jamais pu savoir la vérité à cet égard. Toujours est-il que des symptômes de méningite cérébro-spinale se manifestèrent deux jours après, et l'enfant y succomba. La douleur du père était si grande que je ne demandai pas à pratiquer l'autopsie.

Obs. II. Le second malade est également une petite fille, mais beaucoup plus jeune; la paralysie affectait le bras droit, comme le plus souvent cela arrive. L'accident était arrivé pendant le sommeil. L'enfant avait été couchée le soir bien portante, et le lendemain matin la mère, en l'habillant, s'était aperçue de la résolution complète du membre.

Lorsque je vis cette enfant à la consultation du dispensaire, elle avait environ quatorze mois; comme la précédente, elle jouissait, à part son accident, d'une santé parfaite; le membre paralysé était un peu moins développé que l'autre; la perte de la contractilité volontaire paraissait localisée plus spécialement au bras dans le deltoïde, et à l'avant-bras dans les muscles extenseurs des doigts.

Le résultat obtenu dans le cas précédent avec l'emploi du seigle ergoté, tout incertain qu'il était, m'engagea à tenter l'essai du même médicament dans cette autre forme, la plus fréquente de la paralysie essentielle de l'enfance. Je pre-

scrivis donc une dose de 50 centigrammes à prendre en deux fois dans la journée dans une cuillerée de sirop de gomme. A la fin de la semaine, la dose fut doublée, et le quinzième jour je constatai une amélioration non douteuse; l'enfant écartait plus facilement le bras du tronc et commençait à pouvoir ouvrir la main.

Comme M. Richard, de Nancy, l'a fort bien fait remarquer, la plupart de ces petits malades ont les doigts fléchis sur le pouce; il semble, à mesure que la paralysie se localise principalement dans les extenseurs du pouce et des doigts, que la contractilité des muscles antagonistes persiste et augmente. Il en est de même pour le deltoïde paralysé : la contractilité du muscle grand rond augmente au point de ne pas permettre l'élévation passive du bras au delà d'une certaine limite; mais ce n'est pas sur cet ordre de faits que nous devons insister pour le moment. .

Je portai la dose quotidienne d'ergot à 30 centigrammes, puis à 40, que l'on devait administrer en deux fois. Au bout du mois, certain de l'action du seigle ergoté par l'amélioration que je constatai dans l'état de la petite malade, je n'hésitai pas à engager la mère à croiser le châle de l'enfant sur le bras sain, afin de forcer la petite malade à se servir exclusivement du membre paralysé.

Voici un exercice gymnastique très-simple, que je recommandai : les enfants de cet âge sont souvent placés dans un petit fauteuil, la planche placée en avant fixée aux bras du fauteuil à l'aide d'une longue cheville de bois; je fis enrouler autour de cette cheville un journal que l'enfant s'amusait à arracher avec le bras paralysé. Plus tard, je me proposais d'ajouter encore l'emploi des frictions stimulantes; mais, après trois mois de traitement, l'enfant ne me fut plus représentée. L'amélioration a-t-elle encore progressé? je l'ignore; toutefois, celle dont j'ai été témoin pendant tout le temps que j'ai eu l'enfant sous les yeux a été trop manifeste pour que j'hésite à ne pas consigner ici ce fait.

Qu'on ne s'exagère pas la valeur que nous accordons à ces deux observations. Si, par exemple, on peut attribuer avec quelque raison la mort rapide survenue dans la première, à la dose trop élevée de seigle ergoté administrée par le père de l'enfant, on peut se demander, d'un autre côté, si l'amélioration qu'il a présentée était bien réelle et n'était pas le prélude de la méningite cérébro-spinale qui l'a fait périr. La seconde observation est aussi fort incomplète, quoique plus rassurante. Mais ce que nous avons eu surtout en vue, en publiant ces deux observations, ç'a été d'appeler l'attention sur l'emploi du seigle ergoté dans une paralysie trop souvent abandonnée à elle-même, et qui trouverait peut-être dans ce moyen, sinon la guérison, au moins une amélioration de quelque importance.

Hémorrhagies rectales répétées, datant de deux mois, suites d'hémorrhoïdes. Anémie profonde. Effets remarquables des lavements de nitrate d'argent. — Le flux hémorrhoïdal, lorsqu'il ne dépasse pas certaines limites, est souvent un bien pour les malades, et doit, par conséquent, être respecté; mais il n'est pas toujours très-

facile d'assigner les limites dans lesquelles la perte de sang peut avoir lieu sans inconvénients. Trop souvent les malades, trompés par le soulagement que leur ont procuré les premières pertes sanguines, ne prennent aucune précaution, et peu à peu ils se décolorent, s'affaiblissent et tombent dans une anémie plus ou moins profonde. Veulent-ils alors arrêter l'hémorrhagie, la chose n'est plus possible, et toutes les fois qu'ils vont à la garde-robe, dans l'intervalle même des garde-robes, ils rendent une quantité plus ou moins considérable de sang. Telle est la gravité des accidents produits par le flux hémorrhoïdal passé à l'état d'hémorrhagie véritable, qu'elle seule peut expliquer les ingénieux procédés dans lesquels les chirurgiens modernes ont fait intervenir le fer, le feu et les caustiques, pour débarrasser les malades de leurs hémorrhoïdes et avec elles de leurs pertes de sang. Il reste cependant à se demander si dans tous les cas ces opérations étaient parfaitement indiquées, si des moyens plus doux n'auraient pas pu réussir à épargner aux malades les ennuis et les dangers de ces opérations; peut-être même y aurait-il à rechercher jusqu'à quel point il peut ne pas y avoir d'inconvénient à supprimer ainsi radicalement la source de ce flux, souvent si utile pour les malades lorsqu'il ne dépasse pas certaines limites.

C'est surtout dans la pratique hospitalière qu'il est commun de rencontrer des individus conduits au dernier degré de l'anémie par ces pertes de sang, suites du flux hémorrhoïdal. Le peu de soin que les malades des classes laborieuses prennent ordinairement de leur santé, et l'influence des idées théoriques qui règnent parmi le peuple relativement à ces flux, expliquent comment ils sont trop souvent négligés et se convertissent en hémorrhagies redoutables. Les lavements froids ou à la glace suffisent quelquefois pour s'en rendre maître, en persistant pendant quelques jours dans leur emploi; mais ils échouent aussi fréquemment, surtout si l'on n'a pas la précaution, comme nous l'avons vu faire par M. Aran, de faire prendre des quarts de lavement, et lorsque le besoin de la défécation se fait sentir, et immédiatement après le besoin satisfait. Lors même que l'hémorrhagie semble arrêtée, il suffit des efforts faits par le malade pour la renouveler, et il importe par conséquent qu'il abandonne en quelque sorte la défécation à elle-même, sous peine de perdre ce qu'il a gagné. Mais nous avons vu, dans ces derniers temps, M. Aran employer avec plus de succès encore, dans les cas de ce genre, les lavements au nitrate d'argent. Il est bien surprenant, en effet, qu'on n'ait pas songé à utiliser l'action à la fois astringente et cathétérétique que possède le nitrate d'argent pour mo-

difier l'état de la muqueuse rectale et des hémorrhoïdes, et l'action des lavements de nitrate d'argent l'emporte beaucoup sur celle des lavements froids, en ce qu'elle suspend d'une manière plus durable l'habitude hémorrhagique.

A l'appui de cette pratique que nous croyons utile, nous rapporterons en quelques mots le fait d'un homme couché au numéro 5 de la salle Saint-Antoine, dans le service de M. Aran. Cet homme, âgé de soixante-un ans, d'une bonne santé habituelle, sauf un vieux catarrhe vésical, était sujet depuis dix ans à un flux hémorrhoïdal reparaissant de temps en temps et lui apportant toujours du soulagement, lorsqu'il y a deux mois le flux hémorrhoïdal reparut, mais cette fois il continua avec une grande persistance et très-abondant. D'abord le malade ne perdait de sang qu'en allant à la garde-robe, mais peu à peu il en vint à perdre du sang même en urinant. Faiblesse, pâleur extrêmes, néanmoins l'appétit augmentait.

L'anémie était profonde lorsque ce malade demanda son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 27 décembre dernier. Pâleur cadavérique ; dyspnée extrême et palpitations violentes au moindre exercice. Souffle à double courant sur les parties latérales du cou et premier bruit du cœur soufflant à la base. Hémorrhoïdes au pourtour de l'anus. M. Aran lui prescrivit le lendemain un quart de lavement comme suit : eau distillée, 100 grammes ; nitrate d'argent, 0,50. Ce lavement fut renouvelé pendant quatre jours, et le malade le gardait pendant deux heures, bien qu'il éprouvât beaucoup de cuisson. Dès le premier lavement, l'hémorrhagie a été arrêtée, et le malade reste seulement à l'hôpital pour se refaire à l'aide d'une bonne alimentation et des pilules de fer.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Albinisme (*Du traitement de l'*). Existe-t-il un traitement de l'albinisme, et jusqu'à quel point peut-on espérer modifier par la thérapeutique cette étrange affection ? Telle est la question qui a été examinée par M. le docteur Cornaz, dans son intéressante monographie de l'albinisme. A cet égard, les auteurs sont loin d'être d'accord. Wilde pense, par exemple, que l'on ne possède aucune donnée propre à servir de guide pour le choix d'un traitement qui puisse, d'une manière ou d'une autre, provoquer le dépôt de pigment. D'autres médecins, au contraire, disent avoir vu de bons effets d'une médication tonique, aidée par des soins hygiéniques convenables. Furnari conseille spécialement l'emploi des préparations ferrugineuses et iodurées ; mais, en supposant que ces moyens n'eussent pas les effets qu'on en attend, il n'est pas douteux qu'il en résultera toujours une influence heureuse pour la santé de l'individu, quand bien même ces remèdes n'agiraient pas directement sur la formation du pigment. L'observation suivante mérite cependant d'être rapportée, puisqu'il s'agit d'un enfant qui a reçu

les soins médicaux de M. Sichel, et chez lequel l'albinisme a diminué d'intensité.

Au mois de février 1846, on présenta à M. Sichel une petite fille de sept mois, cinquième enfant de père et mère bien portants, n'ayant jamais eu de leucotiques dans leurs ascendants ni leurs collatéraux, pas plus que dans leurs quatre premiers enfants. Rien de plus curieux que l'aspect de cette enfant aux cheveux, cils et sourcils blancs, à l'iris d'un bleu clair, mais offrant vers la circonférence de son grand cercle un reflet assez prononcé, comme chatoyant, dont l'ouverture pupillaire présentait une coloration rougeâtre et brillante, analogue à celui d'un rubis; nystagme ou balancement des deux yeux, provenant de leur extrême sensibilité. M. Sichel insista beaucoup sur un emploi méthodique de la lumière et de l'air; les bons effets de ces agents, employés dans de justes limites, ne tardèrent pas à se faire sentir. Quatre années après, les cheveux avaient déjà passé au blond clair; le nystagme était peu intense; l'iris, d'un bleu légèrement grisâtre, devenait de plus en plus foncé vers la grande circonférence, où cette couleur finissait par se changer en une sorte de violet, qui devenait rose obscur quand on l'examinait au grand jour; la pupille était d'un rose intense et offrait, quand on la regardait de côté, un reflet vif, analogue à celui de la braise ardente. L'enfant s'approchait toujours beaucoup des petits objets qu'elle regardait; cependant sa vue avait une très-longue portée, et elle distinguait à une très-grande distance la forme et la couleur des différents objets sur lesquels on appelait son attention. Un phénomène assez singulier, c'est que, en général, cette petite fille renversait la tête en arrière, au lieu d'élever la paupière supérieure, lorsqu'elle voulait regarder au loin. C'était à l'âge de sept mois, après que la malade eut été présentée à M. Sichel, que la vue s'était rétablie, par suite de la diminution du nystagme si développé que cet enfant avait présenté pendant les premiers moments de sa vie. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, novembre et décembre.)

Aliénation mentale *sympathique de la présence des vers intestinaux*. Nous voyons avec plaisir la médecine moderne revenir à de meilleures doctrines touchant les maladies vermineuses, que quelques pathologistes voudraient effacer du cadre nosologique, et les faits publiés dans ces derniers temps, relativement à l'influence du ténia dans la production de l'aliénation mentale et de quelques autres troubles du système nerveux, confirment, nous aimons à le répéter, tout ce qui avait été dit par les anciens de la variété et souvent même de la gravité des phénomènes nerveux ou sympathiques auxquels les vers intestinaux peuvent donner lieu. Nous trouvons dans un journal belge un autre fait de ce genre, d'autant plus instructif qu'il ne s'agit pas ici du ténia, mais des vers intestinaux les plus communs, des ascarides lombricoïdes.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de dix-sept ans, qui, après un état de souffrance caractérisé par une pâleur cachectique, une face hébétée, une grande dilatation des pupilles et une faiblesse très-marquée des extrémités inférieures, fut pris d'un violent accès de délire avec convulsions cloniques générales. Deux jours après son admission à l'hospice des aliénés, il évacua trois vers ascarides lombricoïdes. Il n'en fallut pas davantage à M. Vermeulen pour asseoir son diagnostic et l'engager à recourir aux anthelminthiques. Un électuaire avec 8 grammes de semen-contra en poudre, 4 grammes de racine de jalap, 0,30 de calomel et sirop simple, Q. S., fut administré au malade par cuillerée à café matin et soir. Cet électuaire provoqua le premier jour deux évacuations alvines et l'expulsion de six vers ascarides. Le lendemain, le malade évacua encore huit autres helminthes, appartenant à la même espèce. Depuis cette époque, de furieux il devint calme, doux et docile, la faim se fit sentir, enfin l'amélioration fut telle, qu'on le crut en convalescence. Ce bien-être continua du 25 février jusqu'au 2 avril; alors tout d'un coup il fut atteint d'un violent accès épileptiforme, suivi d'un délire furieux. Deux lavements à l'assa-fœtida calmèrent le malade, puis on revint à l'usage de l'électuaire vermifuge. Cette médication n'amena l'expulsion d'aucun ver, et cependant le calme revint et les facultés intellectuelles reprirent leur état normal. On prescrivit en outre le sous-carbonate de fer associé à la poudre de valériane et avec extraits amers. Le 11, de nouvelles convulsions eurent lieu, mais, cette fois, elles ne furent point suivies de trouble dans les facultés de l'intelligence.

Dès ce moment, toute médication fut suspendue, et le malade fut soumis à l'observation. Le 15, il fut atteint d'un accès de fièvre intermittente, caractérisée par les trois stades de froid, chaleur et sueur. L'auteur, rattachant cette nouvelle complication à l'affection vermineuse, reprit l'usage de l'électuaire anthelminthique, voulant attendre des accès subséquents avant de prescrire le sulfate de quinine. Le lendemain, il y eut encore du délire suivi de deux vomissements de matières glaireuses, accompagnées de douze vers lombricoïdes; puis on remarqua une légère amélioration, et l'administration d'une once d'huile de ricin provoqua deux selles accompagnées de quatre vers. Depuis cette époque jusqu'au 28, le malade évacua chaque jour quelques vers. Pendant ce temps, il fut soumis à un régime éminemment tonique et à l'usage des vermifuges. On le croyait dans un état satisfaisant, lorsque le 28, tous les signes d'une gastro-entérite se déclarèrent. L'auteur les combattit avec énergie par un traitement antiphlogistique, mais la légère amélioration qu'il put obtenir fut bientôt suivie de l'affreux cortége de signes caractérisant une hémorrhagie intense. Des selles sanguinolentes et des vomissements souvent répétés de sang noirâtre et granuleux amenèrent la mort de ce pauvre malade. L'autopsie montra en effet l'accumulation d'une grande quantité de sang coagulé dans l'estomac, et de plus une vingtaine de vers dans la cavité de cet organe, dont la muqueuse était ramollie et offrait des plaques d'un rouge brun, arborisées et ulcérées, mais sans perforation. L'intestin grêle et surtout le jéjunum contenaient un grand nombre de vers; la muqueuse était ramollie sur plusieurs points. En revanche, le cerveau et ses enveloppes n'offraient rien de pathologique. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, août et septembre.)

Céphalée (*Traitement de quelques formes de*) *par les sachets de sable chaud.* Il n'est pas douteux que chez certaines personnes et peut-être aussi dans certaines formes d'affections nerveuses, le froid est mal supporté et fait même plus de mal que de bien. C'est ce qui explique peut-être cette réaction qui se produit depuis quelque temps contre la généralisation du froid en médecine, réaction qui a fait remplacer, dans beaucoup de cas, les irrigations et les affusions froides par l'eau tiède employée suivant les mêmes procédés. Mais la chaleur ne pourrait-elle pas être employée elle-même plus souvent qu'elle ne l'est dans la pratique? C'est ce qui nous paraît très-probable. Ne sait-on pas, en effet, quel soulagement succède, dans certaines névralgies faciales ou céphalées, à l'emploi de la ouate ou de linges très-chauds appliqués sur la partie malade? C'est probablement ce que M. le professeur Trousseau a eu en vue lorsque, dans ces derniers temps, il a fait usage de sachets de sable chauds pour traiter certaines céphalées. Rien de plus simple, d'ailleurs, que le procédé mis en usage par ce professeur. On introduit dans la doublure d'un bonnet de coton à tissu très-serré du sable ordinaire, chauffé à 45 ou 50 degrés centigrades; cela fait, le malade se place ce bonnet sur la tête, en appuyant, bien entendu, celle-ci et le bonnet qu'elle porte sur le derrière d'un grand fauteuil dans lequel il est assis; chacune de ces applications dore trois quarts d'heure et est renouvelée deux ou trois fois par jour. Chez le malade qui a été traité ainsi par M. Trousseau, dès le cinquième jour il y avait une très-grande amélioration; le sixième, les douleurs ne se montrèrent plus; elles revinrent, mais plus légères, dans la nuit suivante. Le même traitement fut continué et le malade, qui depuis cinq années n'avait cessé de souffrir, a eu un grand soulagement. A ce sujet, M. Trousseau a rappelé qu'il avait employé ces mêmes sachets à 40 degrés centigr. chez un négociant qui avait renoncé depuis deux années aux affaires dans la crainte d'un coup de sang et qui, par suite, avait été traité par les sangsues, les pédiluves, l'aloès, etc. A peine se mettait-il au travail que ses idées devenaient confuses. L'emploi de ces sachets eut pour premier résultat de rassurer le moral du malade, et après cinq jours de cette pratique, il y avait déjà un calme qu'il n'avait pas connu depuis longtemps. La température des sachets fut portée à 47 ou 48 degrés, et, quinze jours après, il y avait une amélioration remarquable. Plus tard, le mal de tête augmenta de nouveau, mais l'usage des sachets de sable chaud dissipa de nouveau les accidents cérébraux, et le malade put reprendre ses occupations commerciales. Nous avons cru devoir faire connaître les faits qui précèdent, parce qu'ils témoignent en faveur de l'emploi de la chaleur dans des cas où l'on a l'habitude de peu s'en servir et de compter davantage sur le froid; mais nous ne pouvons accepter l'expli-

cation qui a été donnée par M. Trousseau et qui nous paraît par trop simple, à savoir que lorsqu'on place une main dans l'eau froide et l'autre dans l'eau chaude, il se produit une réaction inverse, un refroidissement pour la main trempée dans l'eau chaude et un réchauffement pour la main trempée dans l'eau froide. Si la main se réchauffe dans l'eau froide, c'est seulement parce qu'elle finit par communiquer son calorique à l'eau qui l'entoure, et jamais la main ne se réchauffera dans l'eau courante ; de même pour la main trempée dans l'eau chaude. Mieux vaut cent fois se borner à constater des résultats physiologiques et thérapeutiques que d'avancer des explications propres à faire sourire tous les hommes scientifiques et à jeter, par conséquent, de la défaveur sur notre belle science. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*)

Electricité d'induction (*Observation de mutité et d'aphonie complètes, datant de douze années, rapidement guéries par l'application de l'*). Les annales de la science contiennent plusieurs exemples des heureux effets de l'application de l'électricité dans la mutité et l'aphonie, mais aucun qui soit aussi remarquable par l'ancienneté de la maladie, la rapidité et la perfection du succès, que l'observation suivante de M. Sédillot. — Hirschel Sara, âgée de trente ans, nous fut amenée, dit ce chirurgien, à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg, le 19 novembre 1855, par un de nos confrères, M. le docteur Flamant (de Schélestadt). Cette jeune femme avait été frappée, douze années auparavant, d'une mutité et d'une aphonie complètes à la suite d'un vif mouvement de frayeur. Depuis ce moment, on avait eu recours à de nombreux traitements, par les antiphlogistiques, les révulsifs et les antispasmodiques, sans aucun résultat avantageux. La malade comprenait très-bien tout ce qui se disait autour d'elle, y répondait par ses gestes, mais était dans l'impossibilité de prononcer une seule parole et d'émettre aucun son. Lorsque nous eûmes l'occasion de l'examiner, nous constatâmes, comme on l'avait fait avant nous, une sorte de rétraction de la langue, qui était portée en arrière et en haut, et dont la pointe, dirigée contre la voûte palatine, n'était abaissée volontairement qu'avec une certaine difficulté et ne pouvait arriver au contact des arcades dentaires, malgré tous les efforts de la malade. Le tissu lingual était souple et sans altérations apparentes ; la déglutition des boissons et des aliments était facile, et la santé générale n'avait pas souffert, malgré quelques attaques hystériques. La mutité et l'aphonie avaient persisté sans nulle interruption depuis douze ans, avaient été constatées par plusieurs médecins, et étaient de notoriété publique. Les faits que nous venons de raconter nous parurent démontrer l'existence d'une paralysie des principaux muscles extrinsèques de la langue et particulièrement des génio-glosses, paralysie étendue à l'appareil laryngé et compromettant l'action des cordes vocales. Aucune opération chirurgicale n'était indiquée, mais il nous sembla que l'on pourrait recourir avec avantage à l'emploi de l'électricité par induction, dont on connaît déjà d'heureux effets, et il fut convenu que nous mettrions en usage l'appareil de MM. Legendre et Morin, que nous possédons. Un premier essai eut lieu le 20 novembre. L'un des fils de l'appareil fut dirigé sur la langue et y fut appliqué tantôt sur un point, tantôt sur un autre ; tandis que le second fil était promené sur l'apophyse mastoïde, la partie supérieure et postérieure du cou et sur différents points de la face. La malade accusa un peu de douleur, et il devint évident que les mouvements de la langue prenaient plus de liberté; la pointe de l'organe arrivait plus aisément à l'arcade dentaire, qui était parfois dépassée. Cette première tentative, continuée quelques minutes, ne fut pas renouvelée avant le 27 novembre, en raison d'une violente céphalalgie qui en fut la conséquence probable. L'amélioration survenue dans la mobilité linguale persista, mais n'entraîna pas d'autres changements. Le 27, l'électricité, appliquée de la même manière en présence des élèves de la clinique, eut des effets beaucoup plus remarquables. La langue atteignit l'intervalle des lèvres, les franchit, et un instant après la malade commença à parler d'une façon très-distincte, quoique la voix ne fût pas encore rétablie. La mutité, on le voit, avait disparu, malgré la persistance d'un assez grand degré d'aphonie, comme on en rencontre chaque jour de fréquents exemples. La prononciation déterminait, lorsqu'elle était prolongée, des douleurs ou plutôt une sorte de tiraillement et de fatigue dans la direction des régions styloïdienne et hyoïdienne, dépendant vraisemblablement de la

fatigue des muscles qui avaient recouvré leur activité. Plusieurs autres séances d'électrisation développèrent de plus en plus la voix, qui n'avait jamais été très-forte, et la malade retourna chez elle, au bout de quinze jours, parfaitement guérie.

M. Sédillot rappelle ensuite les quatre faits de guérison que possède la science, et termine en faisant observer que l'ancienneté d'une infirmité sans lésions organiques profondes, est un motif de ne jamais désespérer ni d'abandonner le malade dans la supposition d'une incurabilité que rien ne démontre. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, décembre.)

Jusquiame (*Action physiologique de la*) *et valeur de ses extraits.* Si les opinions des médecins sont encore aussi partagées relativement à l'activité de la jusquiame, cela tient évidemment à ce que le mode de préparation des extraits de cette plante n'est pas toujours irréprochable. Il importait, par conséquent, d'être bien fixé sur la valeur de ces différentes préparations, et pour cela il fallait d'abord bien connaître les effets physiologiques de la plante sur des personnes bien portantes. C'est ce qu'a fait M. Schroff, et les effets les plus remarquables ont été observés du côté du pouls. De petites et de moyennes doses le ralentissent constamment entre les deux ou trois premières heures de dix à vingt pulsations. Plus la dose est petite et plus il faut de temps pour obtenir cet effet, et *vice versa*. Les fortes doses le diminuent rapidement; mais après un temps d'autant plus court que la dose est considérable, il remonte au-dessus de la normale. Ainsi, 10 centigrammes d'extrait d'éther alcoolique de semence déterminent un abaissement de vingt pulsations en deux heures; pour 20 centigrammes il ne faut qu'une heure; mais une demi-heure après le pouls remonte de onze pour retomber de douze dans la demi-heure suivante; 40 centigrammes produisent en vingt minutes un ralentissement de dix-neuf; vingt minutes après, il remonte de vingt-neuf, devient petit et irrégulier, se soutient pendant une heure au-dessus de la normale, avec de légères fluctuations, et ne diminue que peu à peu. La jusquiame dilate la pupille; mais à de doses plus fortes et quand elles sont considérables, la dilatation est précédée parfois de rétrécissement. A petites doses, il y a déjà lourdeur de tête, sécheresse des lèvres, de la bouche et du gosier, diminution de la sécrétion salivaire, un peu de faiblesse. Après des doses considérables, il survient de l'assoupissement, tendance au sommeil et même sommeil profond, s'accompagnant à des doses très-fortes de coma vigil et de rêves effrayants; parfois céphalalgie, presque toujours vertiges, bourdonnements d'oreilles, faiblesse de la vue à ne pas pouvoir distinguer les lettres, sensibilité de la rétine à la lumière, diminution de l'olfaction, avec persistance du goût; impossibilité de fixer l'attention sur un objet; faiblesse considérable; démarche incertaine; sécheresse de la bouche et du gosier augmentant jusqu'à l'impossibilité d'avaler; voix rauque, enrouée; peau sèche, parcheminée; température diminuée.

Il résulte des expériences de M. Schroff que toutes les préparations de jusquiame ont la même action et diffèrent seulement en énergie. L'extrait alcoolique et l'extrait éthéré alcoolique des semences sont les plus actifs. Il est trois fois plus énergique que l'extrait obtenu par l'évaporation du suc et deux fois plus que l'extrait alcoolique des feuilles. L'huile grasse qui surnage est plus active que le fond. Mais l'extrait alcoolique de semences, quoique plus actif que tous les autres, présente plusieurs inconvénients; ainsi, sa saveur détestable, son peu d'homogénéité, se séparant rapidement en deux couches d'inégale action, la supérieure, huileuse, très-active, l'inférieure molle, moins énergique. M. Schroff établit qu'il n'y a aucune raison pour évaporer les extraits à siccité, les extraits humides se conservant aussi bien et ne pouvant être altérés par la chaleur; on ne peut donc être sûr de l'extrait sec. M. Schroff a essayé l'huile de jusquiame obtenue par décoction des feuilles et par expression des semences à fruit. Toutes deux sont peu actives; mais la première l'est plus que la seconde (*Wochenb. d. Aerztezu Wien* et *Union méd.*, décembre.)

Luxation *sous-pubienne du fémur gauche chez un enfant, réduction spontanée.* Les cas de réduction spontanée sont assez rares pour qu'il soit utile de recueillir tous les exemples qui s'en présentent. Celui qu'on va lire a trait à une luxation ischio-pubienne, M. Malgaigne en a communiqué un exemple à la Société de chirurgie en 1846, mais un autre intérêt s'attache à l'observation de M. Dupuy,

eu ce que la luxation avait eu lieu chez un enfant. —Obs. Un garçon de douze ans fut transporté à l'hôpital de Bordeaux le 11 juillet 1852. La veille, il avait été renversé par un de ses camarades qui avait voulu ensuite le traîner par la jambe gauche : c'est alors qu'il a ressenti une vive douleur dans la hanche ; il n'a pas pu se relever. Le membre pelvien gauche est en rotation externe ; la cuisse forme un angle obtus de 120 degrés environ avec le plan latéral du tronc ; la jambe est demi-fléchie sur la cuisse ; le talon répond au-dessus de la malléole droite. Le raccourcissement du membre n'est qu'apparent ; les mouvements d'extension sont douloureux ; la fesse est déprimée, le trochanter éloigné de la fosse iliaque ; la tête est facilement sentie au niveau du trou sous-pubien, elle répond aux mouvements que l'on imprime au membre ; elle paraît reposer en partie sur l'aponévrose sous-pubienne, en partie sur la surface plane qui surmonte la tubérosité de l'ischion. Tout étant préparé pour l'opération, les lacs extenseur et contre-extenseur étant placés, et le bassin du malade étant assujetti sur la table, on s'aperçoit que la difformité a disparu et que la luxation est réduite. M. Dupuy pense que les mouvements nécessaires pour assujettir le blessé et fixer les lacs ont pu être suffisants pour faire glisser la tête du fémur et la ramener vers la cavité cotyloïde ; le poids du membre, et une légère extension de la part de l'aide qui le soutenait auront achevé la réduction. Nous pensons qu'il y a un autre élément qu'il importe de ne pas oublier, c'est que la luxation était peut-être incomplète. (*Journ. de méd. de Bordeaux et Revue méd. chir.*, décembre 1855.)

Plaie artificielle (*Effets avantageux de la compression aidée ou non de la flexion forcée du membre dans deux cas de*). Il n'y a pas de doute à cet égard, on obtiendrait certainement la guérison d'un grand nombre de plaies artérielles, n'intéressant que des artères de petit et de moyen calibre, si l'impatience du malade et du médecin ne les engageait l'un et l'autre à renoncer trop tôt à la compression, aidée ou non de la flexion forcée du membre. Voici trois faits bien propres à encourager les médecins à ne pas se hâter de faire usage des moyens chirurgicaux proprement dits :

Obs. I. Un boucher, âgé de vingt-cinq ans, s'enfonce inconsidérément dans l'avant-bras un couteau à lame étroite et bien acérée. Aussitôt le sang jaillit rutilant et par saccades isochrones. M. Delpeuch, secondé du docteur Chavigné, arrête provisoirement l'hémorrhagie au moyen d'une forte ligature autour du bras. La colonne sanguine présentait environ 0,002 de diamètre. La plaie transversale, à peine de 0,01 d'étendue, était située au-devant du radius, à deux travers de doigt du pli du bras. Ces conditions firent penser que l'artère radiale avait été ouverte par ponction en quelque sorte. Le souvenir d'un anévrysme faux consécutif, guéri par M. Thierry au moyen de la flexion forcée du membre, fit penser à M. Delpeuch que ce procédé, combiné avec la compression directe, trouverait ici une heureuse application. Une compresse pliée en plusieurs doubles fut donc placée sur la plaie ; par-dessus, une pièce de monnaie ; par-dessus encore, deux autres compresses, et le tout fut fortement serré par un bandage roulé. On fléchit ensuite l'avant-bras sur le bras, autant que le permettait la présence de cet appareil. Les jours suivants, douleurs assez intenses à l'avant-bras et à la main, qui se tuméfie. Au sixième jour, compression de la brachiale, au moyen d'une pelote, afin de prévenir l'hémorrhagie, dans le cas où l'on serait obligé d'enlever le premier appareil. Douleurs moindres à mesure qu'on gagne du temps. Au quinzième jour, on enlève tous les bandages, même celui de la brachiale, qui avait été permanent. La plaie extérieure n'est pas encore cicatrisée, il reste une notable tuméfaction de la main ; mais la circulation est rétablie dans la radiale, et l'on ne trouve aucune trace d'anévrysme. Par mesure de prudence, nouvelle compression plus légère, de manière à pouvoir fléchir complétement l'avant-bras. Douze jours après, on débarrasse le membre de tout appareil. L'avant-bras est même tenu fléchi six jours encore. Le malade est alors complétement guéri, et, depuis un an, la cicatrisation s'est parfaitement maintenue.

Obs. II. Plaie avec la pointe d'un couteau chez une femme de trente-cinq ans, au bord externe et inférieur de l'avant-bras gauche, dans la direction de la radiale, longue de 3 centimètres, et ayant laissé échapper par saccades un jet de sang rutilant. Application provisoire d'un bandage compressif, suffisant pour suspendre l'hémorrhagie. Dans la soirée, le bon état des

liens placés le matin, la cessation complète de l'écoulement de sang et aussi la grande appréhension de la malade, décidèrent M. Vernaison à tenter l'oblitération de l'artère par une compression méthodique et longtemps prolongée. L'artère humérale préalablement comprimée par un aide, la plaie fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives. A l'aide d'un morceau de bois façonné *ad hoc* et entouré de linges, compression du bord supérieur, se prolongeant en haut, quoique à un plus faible degré, de 5 à 6 centimètres. Application de bandes roulées sur chacun des doigts, la main et le poignet. L'appareil ainsi placé, la malade fut couchée, le membre demi-fléchi et appuyé sur un coussin un peu élevé. Le lendemain, bon état, sauf quelques douleurs assez vives dans la main et les doigts. Pour s'opposer au relâchement des bandes et maintenir le même degré de compression, l'appareil est renouvelé tous les matins d'abord, et plus tard tous les deux jours. Trois semaines après, l'oblitération du vaisseau paraissant suffisamment solide, on enlève tout l'appareil, qui est remplacé pendant quelque temps par une simple bande roulée. La main et les doigts, d'abord roides et douloureux, recouvrent rapidement leurs fonctions, sous l'influence de quelques frictions et d'un travail modéré. Guérison parfaite, sauf la faiblesse des pulsations de l'artère, qui, de ce côté, sont presque imperceptibles.

Obs. III. Jeune fille de quinze ans qui, moissonnant dans un champ de blé, est étourdiment frappée d'un coup de faucille, dont la pointe vient la blesser au bord externe de l'avant-bras droit. La radiale, ouverte comme dans le cas précédent et presque à la même place, donne lieu aux mêmes phénomènes, etc. Même procédé compressif. Au bout de trois semaines, sans aucun accident, oblitération solide et complète. (*Compte rendu de la Soc. des sciences méd. de Gannat*, 1855.)

Procidence de la luette (*Effets de l'hypostaphyse ou*). Peut-il y avoir des affections pulmonaires entretenues par le prolapsus de la luette, et l'excision de ce prolongement du voile du palais peut-il mettre un terme à ces accidents? Telle est la question examinée par M. Cabaret, à propos d'un fait bien étrange, car il ne s'agit ni plus ni moins que d'une affection présentant les plus grands rapports avec la phthisie pulmonaire, et qui a éprouvé une amélioration inespérée par le fait de l'excision de l'uvule. C'était une femme de cinquante ans, qui, sans avoir jamais eu d'autres maladies qu'une angine gutturale, se répétant à de longs intervalles et cédant toujours à une thérapeutique rationnelle, fut prise, au mois de mai 1854, d'une bronchite qui ne lui inspira d'abord que peu d'inquiétude. Mais au mois de septembre suivant, les symptômes avaient marché : oppression assez forte, toux fatigante, crachats muqueux, douleur gravative profonde à la région sous-sternale, avec son mat à la percussion; soif vive; langue couverte d'un enduit muqueux, rouge sur les bords et à la pointe; sensibilité de la région épigastrique; peau chaude et sèche; pouls dur et fréquent. Les saignées, les sangsues, les cataplasmes n'eurent pas grand succès. Les eaux iodurées et sulfureuses de Chelles, le lichen, l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, ne réussirent pas mieux. Bref, la malade avait été considérée comme atteinte d'une maladie mortelle, lorsque M. Cabaret fut appelé et put constater, le 10 décembre, l'état suivant: respiration très-accélérée; douleurs vives et passagères dans la poitrine, plus marquées pendant la toux et les mouvements respiratoires; effets presque continuels de déglutition et d'excrétion de mucosités; douleur permanente à la région du larynx, accompagnée de titillation; pâleur du visage, émaciation, abattement physique et moral; pouls petit, fréquent, irrégulier. Néanmoins, la cavité du thorax, soigneusement explorée, rendait un son parfait dans toute son étendue, excepté à son sommet, où elle offrait une matité évidente. Mais ce qui le frappa surtout, c'était la luette mollasse, allongée et flottant sur la partie postérieure de la langue, qui était le siége d'un engorgement œdémateux. Pensant que le prolapsus de la luette était peut-être la cause des graves accidents auxquels la malade était en butte, M. Cabaret proposa en conséquence l'excision de la luette et la pratiqua de la manière suivante: la malade fut assise sur une chaise, en face d'une croisée, la tête inclinée en arrière contre la poitrine d'un aide et les mâchoires maintenues écartées par un morceau de liége, la langue assujettie avec une spatule; engageant alors une pince à polype fenêtrée dans l'arrière-bouche, il saisit la luette avec la main gauche assez fortement pour qu'elle ne s'échappât

pas et la porta en avant et vers le côté droit de la bouche; puis ayant la main droite armée de ciseaux boutonnés et courbés sur le plat, il les dirigea presque verticalement dans cette cavité. La partie supérieure de la luette, entre leurs branches jusqu'à leur articulation, fut excisée en entier. L'hémorrhagie, très-peu abondante, fut arrêtée par un gargarisme alumineux. Dès le 15 décembre, toux moins fréquente, respiration plus facile, expectoration moins abondante, sueurs nocturnes fort marquées, paroxysmes fébriles moins violents, disparition complète de la douleur du larynx et des efforts de déglutition, augmentation de l'appétit, facilité de la digestion. Cette amélioration se consolida de jour en jour, et, chose qui nous surprend un peu, nous l'avouons, la matité elle-même disparut en quelques jours au sommet de la poitrine. Le 15 janvier, tout avait disparu, embonpoint plus considérable qu'avant la maladie; santé parfaite. (*Gaz. des hôpitaux.*)

Tumeur sanguine *de la cuisse traitée avec succès par l'incision.* Nous insérions, il y a quelques mois, dans ce journal, le fait curieux d'une tumeur sanguine de la cuisse qui, méconnue par les plus habiles chirurgiens, prise par eux pour une tumeur maligne, avait fini par entraîner la mort. Malheureusement l'erreur de diagnostic ne fut reconnue qu'à l'autopsie, tandis que dans le fait que nous allons placer sous les yeux de nos lecteurs, la fluctuation a conduit le chirurgien à inciser le foyer, et cette incision a été suivie d'une guérison parfaite. Voici le fait :

Un charretier, âgé de vingt-quatre ans, employé à transporter du charbon de terre dans une charrette, avait travaillé, le 7 octobre dernier, à verser des sacs de charbon dans un bateau, et pour ce faire, il s'était aidé de son membre inférieur droit, ce qui l'avait beaucoup fatigué et avait déterminé des douleurs assez vives dans la partie antérieure de cette cuisse. Néanmoins, il n'y fit aucune attention. Il continua à s'exposer au froid et à l'humidité, il fit même plusieurs milles à pied; mais le 13 octobre, il commença à éprouver dans la cuisse des douleurs véritables, qui lui rendaient le travail difficile; il persista cependant à travailler pendant quatre jours encore, bien que boitant et souffrant beaucoup. Lorsqu'il vint consulter M. Balfour, le 17 octobre, ce chirurgien ne put rien découvrir d'anormal dans l'aspect du membre, pas de gonflement, pas même de tension des muscles. La seule chose dont le malade se plaignait était une sensibilité au toucher de la partie antérieure de la cuisse, surtout dans le tiers supérieur et aussi dans les mouvements du membre. Du reste, la santé générale était très-bonne. M. Balfour crut, par conséquent, à un rhumatisme musculaire et le traita comme tel. Mais les douleurs persistèrent, et lorsque M. Balfour fut appelé auprès de lui, le 20 octobre, il le trouva plus souffrant que d'habitude; il avait passé une mauvaise nuit, avait eu un léger frisson, suivi d'une abondante transpiration et, pour la première fois, on put constater un peu de tension des muscles. En même temps il y avait un peu de fièvre; constipation, sécrétion urinaire peu abondante. M. Balfour prescrivit des sangsues, des cataplasmes et des fomentations opiacées, une potion saline diaphorétique. Mieux être le lendemain; mais le gonflement de la cuisse était très-marqué et bientôt la fluctuation commença à être distincte, en même temps que le gonflement faisait de très-grands progrès. Plus de doute : c'était un abcès profond auquel on avait affaire, et trouvant que l'abcès pointait dans l'espace triangulaire formé par le fascia lata et la partie supérieure du grand droit et du vaste interne, M. Balfour se décida, le 27 octobre, à en pratiquer l'ouverture.

Le malade avait demandé à être endormi avec le chloroforme; M. Balfour plongea un bistouri sur le bord du muscle droit, mais quelle fut sa surprise et son effroi quand, au lieu de pus, il vit s'échapper du sang artériel pur. Il retira aussitôt son bistouri et plaça sur l'ouverture un tampon de charpie; mais il ne renonça pas pour cela à l'opération, et dans l'hypothèse que ce fût un anévrysme vrai ou faux, il voulut ouvrir le foyer largement. Seulement, il fit comprimer l'artère fémorale, et donnant à l'ouverture trois pouces et demi de long, il donna issue à une très-grande quantité de sang artériel et à de gros caillots, très-nettement artériels, formant de vingt-quatre à vingt-six onces de sang; mais pas de traces de pus. Le doigt introduit dans le foyer reconnut alors qu'il remontait jusqu'à la partie postérieure du grand trochanter, contournait la partie antérieure du fémur jusqu'à la partie interne du membre, et descendait très-bas, jusque dans le

creux poplité, comme on pouvait s'en assurer par l'introduction d'un stylet; le fémur était dénudé de haut en bas, sauf de son périoste en arrière et en dehors; les muscles étaient encore adhérents à l'os à la partie antérieure. Cet examen terminé, M. Balfour ordonna à l'aide de lâcher la compression pour déterminer d'où venait le sang; mais, contre toute attente, il n'y eut pas d'hémorrhagie, et chose plus étonnante encore, il ne s'écoula pas une goutte de sang depuis l'ouverture du foyer jusqu'à la guérison définitive. Pansement simple, bandage médiocrement serré. La suppuration s'établit promptement et la cicatrisation marcha avec la plus grande rapidité; il fallut seulement, un mois après la première ponction, faire une contre-ouverture à la partie inférieure de la cuisse pour donner issue à un peu de pus qui y séjournait. A la fin de décembre, le malade marchait, et vers le 15 janvier, il avait repris ses occupations, qu'il a continuées depuis sans inconvénient. (*Edinb. med. Journal*, novembre.)

Vipère (*Sur la valeur de l'inoculation du venin de) comme moyen préventif de la fièvre jaune.* On nous rendra cette justice qu'en reproduisant les détails relatifs à cette prétendue méthode préservative de la fièvre jaune, nous exprimions toute la défiance que nous inspiraient de pareilles tentatives. Malgré le nom honorable attaché à ces expérimentations, leur point de départ nous paraissait si étrange, le mode suivant lequel elles étaient pratiquées nous semblait si arbitraire et les résultats annoncés étaient si extraordinaires, que nous restions dans le doute et surtout que nous ne pouvions partager l'aveugle confiance dont paraissaient animés certains organes de la presse politique et même de la presse médicale. L'événement est venu nous donner raison; et nous devons remercier, pour notre part, l'honorable chirurgien principal de la marine, M. Sénard, qui a bien voulu faire la lumière sur ces étranges assertions.

L'administration de la marine n'était pas restée indifférente devant les expériences de M. de Humboldt; elle avait chargé, au mois de mai dernier, deux chirurgiens, MM Keraugal et Longueteau, et un pharmacien, M. Pichaud, d'aller suivre sur les lieux les expériences qui étaient faites par M. de Humboldt lui même. C'est dans le rapport publié par cette Commission, et aussi dans quelques documents qui lui sont postérieurs, que M. Sénard a puisé les éléments de l'excellent article critique qu'il a publié relativement à cette importante question. Nous ne voulons pas entrer plus qu'il ne convient dans le débat; qu'il nous suffise de citer ici les conclusions par lesquelles M. Sénard a terminé cet article, et dans lesquelles il établit : 1° qu'il n'est pas certain que les phénomènes consécutifs à l'inoculation proposée par M. de Humboldt soient dus à l'absorption du venin de la vipère; 2° que ces phénomènes se rapportent aux symptômes de l'empoisonnement septique et non pas à ceux de la fièvre jaune; 3° que le procédé ne répond pas en conséquence aux intentions de M. de Humboldt, qui a voulu substituer une fièvre jaune artificielle à la fièvre jaune spontanée (il reste acquis, d'ailleurs, qu'une première atteinte de fièvre jaune ne garantit pas sûrement d'une seconde); 4° que rien ne prouve jusqu'à présent la préservation en faveur des inoculés; au contraire, les décès de Gonzalès et de Guinprecht, lorsqu'il n'existait aucune épidémie, n'inspirent guère de sécurité; 5° qu'il n'est pas permis de voir dans les faits rapportés par la Commission l'affirmation des promesses de M. de Humboldt; 6° que l'inoculation de matières putréfiées présente un danger réel et proportionné à la quantité introduite dans l'organisme; 7° que l'inoculation pouvant encore, même selon les idées de l'inventeur, déterminer l'incapacité de travail pendant quelques jours, il appartient seulement aux individus privés de se soumettre, sous leur responsabilité propre, à cette opération. Ajoutons, avec M. Sénard, que des essais faits à la Guadeloupe, sous la direction de M. Dutrouleau, chez des militaires qui n'avaient point été atteints de la fièvre jaune et avec le liquide envoyé par M. de Humboldt, n'ont donné aucun résultat. (*Gaz. hebd. de méd.*, décembre.)

VARIETÉS.

Les modifications que l'on annonçait depuis longtemps devoir être apportées à l'institution des agrégés près les Facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres et des Écoles supérieures de pharmacie, modifications qui ont fait retarder d'une année le concours pour l'agrégation, qui devait avoir lieu à la Faculté de médecine de Paris, sont enfin connues. Un nouveau statut publié par M. le ministre de l'instruction publique fixe la situation des agrégés qui seront nommés postérieurement à sa publication. Nous nous bornerons à en faire connaître les principales dispositions : le stage est rétabli pour l'agrégation, et dans les Facultés de médecine ce stage est de trois ans ; la durée de l'exercice des fonctions d'agrégé est fixée à six ans pour Paris, à neuf ans pour Montpellier et Strasbourg. — Les agrégés stagiaires n'ont pas de traitement fixe ; ils peuvent être chargés des conférences instituées par le décret du 22 août 1854, et dans ce cas, ils reçoivent, à titre d'indemnité éventuelle, le tiers du produit desdites conférences. — Le nombre des agrégés est fixé pour la Faculté de Paris à trente-neuf, dont un tiers en stage et deux tiers en exercice ; pour la Faculté de Montpellier à vingt-un, dont six en stage, quinze en exercice ; pour la Faculté de Strasbourg à dix-huit, dont quatre en stage et quatorze en exercice. — Aux épreuves préparatoires, d'élimination, par conséquent, qui se composent, comme autrefois, d'une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie et d'une leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation dans une salle fermée, est ajoutée l'appréciation des services et des travaux antérieurs des candidats, dont ceux-ci sont tenus de fournir par avance l'indication, ainsi qu'un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés. — La composition du jury n'est plus déterminée, comme par le passé, pour chaque section d'agrégés ; les juges du concours sont désignés par le ministre parmi les membres du Conseil impérial de l'instruction publique, les inspecteurs généraux de l'enseignement, les professeurs et agrégés des Facultés ou des Écoles supérieures de pharmacie et parmi les membres de l'Institut, les professeurs du Collége de France et du Muséum d'histoire naturelle. Le ministre peut encore, pour l'agrégation des Facultés de médecine, désigner les membres de l'Académie impériale de médecine.

Se fondant sur l'un des articles de ce nouveau règlement, M. le docteur Goffres, médecin principal d'armée et ancien agrégé de la Faculté de Montpellier, vient de demander à rentrer dans le cadre des agrégés en exercice. Soumise à la Faculté, cette pétition a été appuyée sur les motifs que M. Goffre se trouve dans une position exceptionnelle, parce qu'il n'a pu faire son temps d'exercice, et à cause de ses travaux scientifiques (*Annales cliniques de Montpellier*).

De nombreuses nominations et promotions ont eu lieu dans l'ordre de la Légion d'honneur, à l'occasion du 1er janvier. Ont été nommés chevaliers : MM. Raige-Delorme, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris, Depaul, Crozat (de Tours), Canuet, Constantin James, Beaumont et Mayer, inventeur d'un appareil pour l'application de la chaleur développée par le frottement, Maladdère-Montécot (de Langres), Burguières, médecin sanitaire au Caire, Maréchal (de Dreux), Lovieux (de Bordeaux), Daran (de Pau), Guirette (d'Oléron), Lapeyre (d'Orthez), Dabadio (de Bastingeu), Silva, pharmacien à Bayonno. — Dans l'armée de terre, officier : M. Guerre ; chevaliers : MM. Bertrand, Berthe, Malachowski de Pietrowski, Fropo, Lacroix, Camus, Songy, Dieu, Robillard. — Dans l'armée de mer, officier : M. Villette ; chevaliers : MM. Bellebon, Battarel, Cougit, Marec, Perrin, Bourayno, Virgile.

M. Alquier, inspecteur du service de santé des armées, et M. Mélier, inspecteur général des services sanitaires, sont nommés médecins consultants de l'Empereur.

La mort vient de frapper l'un de nos plus anciens et de nos plus chers collaborateurs, M. Martin-Solon, après une longue et douloureuse maladie, qui avait brisé prématurément sa carrière, et qui l'avait obligé depuis plusieurs années à renoncer à sa clientèle et à la science, pour laquelle il avait tant fait. — On nous annonce également la mort de M. Viricel, le doyen d'une des illustrations du corps médical lyonnais.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil rétrospectif sur nos travaux.

Suite et fin [1].

Le *Bulletin de Thérapeutique*, et il s'en fait gloire, est tout à fait libre de cette superstition niaise, que nous appellerions volontiers le fétichisme des grands noms : il est assez vieux pour avoir quelque expérience, et il sait que, dans ce monde, il y a pas mal de gloires surfaites. Aussi ne demande-t-il guère à ses collaborateurs dans combien d'académies ils siégent, de combien d'ordres ils sont décorés, s'ils eussent prétendu autrefois à faire inscrire leur nom dans le livre d'or de Venise; il leur demande simplement si leurs idées sont justes, si leur observation a été attentive, et ce passe-port suffit. Sans préjugés *pour* l'aristocratie scientifique, il n'en a pas davantage *contre* elle; et quand un nom justement honoré, une gloire de bon aloi, veut bien descendre de son piédestal, où tant d'autres restent guindés comme sur des échasses, et adresser à ses humbles confrères quelques paroles de bon sens, nous l'acceptons avec un respectueux empressement. Nous avons fait ainsi, par exemple, à l'égard de M. Bretonneau, qui a bien voulu résumer pour nous, d'une manière succincte, la substance de ses idées sur l'application de la belladone au traitement de la coqueluche. Depuis que l'illustre médecin de Tours a introduit cet agent dans le traitement de cette maladie, parfois si tenace et si rebelle aux médications les plus variées, tous les médecins qui se tiennent au courant de la science savent que la belladone jouit d'une sorte de spécificité dans cette névrose infantile; mais ce que tous ne savent pas aussi bien peut-être, c'est le *modus faciendi*, c'est l'art de la mettre en œuvre. Personne plus que

(1) Voir la livraison du 15 janvier, page 5. — Nous devons réparer un *lapsus calami* qui nous est échappé dans notre précédent article. En rappelant le travail de M. Herpin sur une nouvelle application du chlorate de potasse, nous avons écrit que les recherches de notre savant collaborateur portaient sur le traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse. Son affirmation n'eût pas été nouvelle, puisque l'efficacité du sel potassique a été signalée dans ce cas, il y a plusieurs années, par un médecin anglais. Tandis qu'aucun expérimentateur n'avait songé à employer ce médicament contre la stomatite mercurielle, objet principal du mémoire que nous avons publié. Cette conquête thérapeutique est due à notre laborieux confrère, et sa découverte est d'autant plus précieuse que nous ne possédions aucun remède certain contre la salivation hydrargyrique.

M. Bretonneau n'était apte à nous édifier sur ce point, et il l'a fait avec la prudence et la mesure qui sont les fruits précieux de son expérience consommée.

Une maladie grave, qui n'est guère connue que depuis quelque vingt ans, et sur laquelle, malgré les recherches persévérantes de quelques médecins, règne encore beaucoup d'obscurité, c'est la maladie de Bright. Le *Bulletin* a déjà publié des travaux divers sur cette affection, dont la thérapeutique surtout laisse encore beaucoup à désirer : c'est en vue de répondre aux besoins quotidiens de la pratique à cet égard que nous avons inséré dans les colonnes de notre journal une notice substantielle, que nous devons à un médecin distingué de l'hospice de Withworth, à Dublin, le docteur Corrigan. Ce médecin s'est attaché tout d'abord, avec beaucoup de raison, à porter quelque lumière dans les formes morbides un peu confuses qui sont comprises dans l'unité morbide tout artificielle qu'on est accoutumé à désigner sous le nom de maladie de Bright. Il y a une de ces formes qui correspond à peu près à la cirrhose du foie ; mais il y en a une autre, qui n'est peut-être que la cirrhose du rein à son début, dans laquelle le tissu de cet organe est hyperhémié, augmenté de volume, sans que cette lésion ait encore abouti à des conversions hétéromorphes inamovibles. Quant à la première de ces formes, le médecin de Withworth n'en cherche pas le traitement ; il pense qu'elle est actuellement complétement au-dessus des ressources de l'art. Mais il n'en est pas de même de la seconde : ici les dépôts hétéromorphes ne sont encore qu'à l'état naissant, si nous pouvons ainsi dire, et, dans son opinion, le résolutif, l'altérant par excellence, l'iodure de potassium y peut développer une influence salutaire. Aussi bien l'auteur, dont l'esprit réservé se révèle dans cette circonstance, cite-t-il des faits qui tendent à établir l'utilité de cette médication dans cette circonstance. Nous donnons d'autant plus notre assentiment à cette médication prudente, qu'à supposer que, dans un cas donné, elle vînt à échouer, ce serait au moins sans dommage pour la constitution si souvent affaiblie des malades, ce qui de soi seul constitue une indication qui prime toutes les autres et se les subordonne. M. Corrigan termine sa notice intéressante par une remarque qui ne l'est pas moins : c'est que, dans cette maladie, quand, ce qui arrive si fréquemment, le scrotum gonfle à vue d'œil, si nous pouvons ainsi dire, sous l'influence de la pluie séreuse qui inonde les mailles du tissu cellulaire, un badigeonnage avec une solution concentrée de nitrate d'argent devient un moyen précieux entre les mains du médecin. Bien que ceci ne soit que de la palliation, c'est là un grand

service rendu aux malades ; un médecin n'a jamais le droit de dire : *de minimis non curat prætor*.

M. Corrigan, dans le travail dont il vient d'être question, pense qu'on doit expliquer l'efficacité de l'iodure de potassium dans l'albuminurie par la propriété antiplastique de cet alcalin puissant. Dans la médecine anglaise, cette façon d'expliquer les choses est conforme à l'esprit général de la thérapeutique : c'est à ce titre que les préparations mercurielles, le calomel surtout, y sont si largement employées, un peu prodiguées peut-être. Tout en inclinant à admettre avec le savant médecin de Dublin que l'iodure de potassium peut, dans l'espèce, agir comme antiplastique, nous pensons que ce n'est point là probablement son unique mode d'action, mais qu'il agit encore, et surtout même, comme tonique ; en rendant à la constitution le ton dont elle manquait, en relevant les forces, cet agent aide à la solution du mal. Depuis qu'une réaction, depuis longtemps prévue ici, s'est faite contre un organicisme excessif, depuis que la thérapeutique commence un peu à sortir de l'ornière dans laquelle la préoccupation des lésions anatomiques tendait à l'emboîter, la médecine française s'adresse plus volontiers aux modificateurs généraux de la vie, et nous sommes convaincu qu'en cela elle est en progrès. Divers travaux, publiés par le *Bulletin* pendant le cours de l'année 1855, ont été conçus et exécutés dans cet esprit ; c'est en se plaçant en partie au moins à ce point de vue qu'un des médecins les plus distingués de Vichy, M. Durand Fardel, a apprécié l'action de ces eaux minérales transportées ; c'est plus nettement encore, dans le sens de cette donnée générale si importante, qu'un de nos collaborateurs les plus appréciés et les plus dignes de l'être, M. Aran, a écrit un mémoire original et plein d'intérêt sur l'utilité des lavements de vin dans un certain nombre de maladies, dont un des principaux caractères, qu'il soit secondaire ou primitif, est une profonde débilité de l'organisme, une sorte de défaillance de l'économie. Singulières vicissitudes de la science ! Reportez-vous par la pensée au temps où Broussais fulgurait sa doctrine du haut de la tribune du Val-de-Grâce, et même, sans reculer aussi loin, remontez à l'époque où la maladie n'était rien de plus qu'un traumatisme interne ; car cet organicisme absolu a déjà commandé la pratique, et l'organopathie de M. Piorry n'est qu'une variante nouvellement éditée et très-peu corrigée de cette immense erreur : reportez-vous, disons-nous, à ces deux époques de l'histoire contemporaine de la médecine, et jugez du chemin qu'il a fallu faire pour arriver à une pratique comme celle qu'institue dans certains cas l'habile médecin de l'hôpital

Saint-Antoine. Ils sont assurément très-rares les cas où cette médication constitue une médication radicale ; mais il est incontestable pour nous que cette médication repose sur une saine appréciation des conditions de la vie, dans un assez grand nombre d'états morbides. Le point de départ de cette thérapeutique, qu'il ait été formulé ou non, c'est que, *pour vivre, il faut être*. Pour nous, en recueillant nos souvenirs, nous trouvons plus d'un cas de pratique où nous nous sommes trouvé désarmé, et où, nous en sommes presque convaincu, la médication de M. Aran eût pu prévenir une terminaison funeste. Quoi qu'il en soit à cet égard, nous n'hésitons pas à rappeler à nos lecteurs le travail du savant et laborieux médecin de l'hôpital Saint-Antoine, parce qu'il est une ressource extrême bien conçue dans un certain nombre de cas extrêmes, qui ne comportent pas la *procrastination*, comme disent les Anglais, de la médecine des bras croisés.

Un moyen qui vient se placer très-naturellement à côté des lavements de vin est l'emploi de la pepsine formulé, par M. Corvisart. Comme le vin, le nouvel agent thérapeutique est destiné à remplir tantôt une indication pathologique, tantôt une indication diététique; il est donc appelé à de nombreuses applications pratiques. *Optimum medicamentum est cibus opportune datus*, a dit Celse ; mais il arrive souvent que, sous l'influence de la durée de la maladie, ou par suite du repos dans lequel on a dû laisser les organes digestifs, il se produit une altération du suc gastrique, qui ne permet pas la digestion des aliments ingérés. Cette cause de mort qui, ainsi que l'a fait observer Chausat, marche de front et en silence dans un grand nombre de maladies, n'avait pas encore trouvé son remède. Grâce aux efforts persévérants de M. Corvisart, la pratique ne sera plus désarmée en présence de ces faits regrettables ; et la récompense que l'Institut vient d'accorder à notre laborieux et sagace confrère prouve mieux que tout ce que nous pourrions dire la portée du service rendu.

Nous avons poursuivi cette année nos recherches sur l'étude clinique du lupulin. Quelques faits sont venus confirmer ce que nous avions avancé sur l'utilité de cette substance dans quelques états morbides ; mais il y a de cette substance une application nouvelle que nous avons signalée, et que nous rappellerons en deux mots : souvent il arrive qu'à la suite de l'opération du phimosis surviennent des érections fréquentes qui, outre qu'elles peuvent entraver la cicatrisation des tissus divisés, ont infailliblement ce résultat qu'elles sont sur les pauvres patients l'occasion de très-vives douleurs. Le lupulin, sorte d'opium de l'appareil génito-urinaire, paraît préve-

venir ces érections, ou au moins les modérer; c'est donc là encore une heureuse application d'un médicament simple, à la portée de tous, et dont il est bon de raviver le souvenir. Nous en dirons autant de l'ulcération syphilitique phagédénique. Tous les médecins qui ont quelque expérience dans la marche des accidents vénériens savent ce que sont ces ulcérations, avec quelle invincible obstination elles gagnent, elles progressent tous les jours. Or, un homme, qui a droit d'affirmer dans cet ordre de recherches, M. Vidal de Cassis, a enrichi le *Bulletin* des observations qui établissent positivement l'utilité de l'emplâtre de Vigo pour suspendre la marche incessamment envahissante de ce terrible phagédénisme; puis bientôt M. Philippe Boyer est venu confirmer la justesse de l'observation du chirurgien de l'hôpital du Midi, en rapportant lui-même quelques faits qui parlent dans le même sens.

Nous n'avons fait que glaner dans les deux volumes qui contiennent les travaux publiés par le *Bulletin général de la Thérapeutique* dans le cours de l'année qui vient de s'écouler; et ce résumé si incomplet, qui n'a rien dit des travaux si importants de MM. le professeur Soubeiran, Briquet, Quevenne, Rodet, Saucerotte, Delioux, Tessier (de Lyon), Putegnat, Boursier, Prestat, Fraigniaud, etc., etc., occupe déjà de longues pages; nous nous arrêterons là cependant, quant à ce qui est de la médecine proprement dite, et terminerons cette revue par une énumération rapide des contributions de la chirurgie à l'œuvre pratique dont le *Bulletin général de Thérapeutique* s'est fait l'organe.

Une des questions les plus graves qui se soient élevées en chirurgie, dans ces derniers temps, est celle qui est relative au traitement des rétrécissements de l'urètre. La décision solennelle par laquelle l'Académie de médecine couronna l'ouvrage d'un chirurgien distingué de Lyon, M. Reybard, donnait à la méthode préconisée dans cet ouvrage une importance considérable. Mais, dans le sein même de cette Société savante, comme en dehors d'elle, se rencontrèrent de nombreux adversaires de cette méthode. M. Civiale a bien voulu, dans ce journal même, se faire l'organe de cette opposition, que, pour notre compte, nous croyons parfaitement fondée. Ce qui restera de cette énergique et lumineuse protestation de la part même d'un des membres de la Commission, qui *disposa*, en faveur de M. Reybard, d'un prix si ardemment disputé, c'est que la méthode du hardi chirurgien de Lyon est loin d'être sans périls, et qu'il est fort peu de rétrécissements urétraux, s'il en est, dont on ne puisse parvenir à triompher sans recourir à une opération si chanceuse,

et en se tenant dans les sages limites des moyens et plus sûrs et moins périlleux que l'expérience a consacrés. M. Civiale aurait pu craindre que cette opposition, peut-être inattendue, ne le servît pas dans l'esprit de ses collègues de la rue des Saints-Pères. N'importe, il avait vu la vérité, et il l'a dite courageusement; nous l'en félicitons, et nous l'en félicitons dans l'intérêt de la pratique, que la décision de l'Académie, si elle avait passé sans cette protestation, eût pu entraîner dans une voie pleine d'écueils.

Une autre question, également fort ancienne et toujours nouvelle, a été traitée dans notre journal, c'est celle qui a trait à la thérapeutique de l'érysipèle. Bien des tentatives ont été faites en vue, soit de limiter cette maladie dans son étendue, soit d'en abréger la durée, ou d'en amoindrir les réactions dangereuses possibles sur les centres nerveux, et bien précaires, il faut le reconnaître, sans les ressources de l'art, pour atteindre ce triple but. M. le professeur Velpeau, en traitant cette question, a montré une fois de plus que les questions simples savent aussi bien captiver son attention que les questions complexes, où l'amour-propre trouve plus de profit quand la pratique de tous les jours y est intéressée. Cette juste préoccupation des choses utiles, nous le croyons, lui a porté bonheur. Quelque réserve qu'il ait mise dans son affirmation relative à l'efficacité de la solution du sulfate de fer dans cette maladie, et précisément un peu même peut-être à cause de cette réserve, nous pensons fermement que ce topique exerce une action réelle sur la marche de l'érysipèle. Qui ne verrait dans l'érysipèle que le pur traumatisme qui le constitue nosographiquement se tromperait, sans aucun doute; car il y a autre chose que cela dans cette maladie, mais il y a cela; et nous disons qu'avoir trouvé un moyen utile pour lutter contre ce traumatisme qui de soi seul, dans quelques cas, est dangereux, c'est avoir servi la thérapeutique; et nous sommes heureux et fier tout à la fois de rappeler que l'éminent chirurgien de la Pitié ait choisi notre journal pour y exprimer sa pensée sur ce point si important de pratique.

Forcé de nous borner, dans cette partie de notre résumé annuel, nous l'avons dit déjà, nous ne choisirons, pour les rappeler ici, que les points capitaux de pratique chirurgicale qui aient été traités dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, pendant le cours de l'année qui vient de finir. A ce titre, il ne nous serait pas permis assurément d'oublier de mentionner une notice extrêmement intéressante de M. le professeur J. Cloquet, que nous avons publiée sur une méthode particulière de cautériser les divisions congénitales du palais, les fis-

tules recto-vaginales, et les ruptures du périnée. Il n'est pas de médecin, si peu versé qu'il soit dans la pratique, qui n'ait eu à déplorer souvent l'impuissance de l'art en face de ces graves lésions dont quelques-unes deviennent, pour les malheureuses femmes qui en sont atteintes, un sujet d'immense désespoir. Pour ce qui est de la première de ces lésions, sans doute, la staphyloraphie, le plus beau fleuron de la couronne chirurgicale de Roux, comme on l'a dit si souvent avant sa mort, et comme on le dira peut-être un peu moins après; sans doute, disons-nous, la staphyloraphie restera toujours comme une ingénieuse ressource qu'on peut lui opposer utilement. Mais quelle sûreté de main, quelle vigilance attentive ne réclame pas cette opération de la part de celui qui l'applique! Alors même que ces conditions sont réunies, que de chances encore pour que cette opération échoue : une toux violente, un effort de vomissement, un éternuement même n'y suffisent-ils pas? Il n'en est certes pas de même de la méthode nouvelle, dont l'originalité consiste essentiellement dans la provocation d'une cicatrisation successive, qui n'a presque rien à craindre de ces accidents. Si nous ajoutons que cette méthode, dans laquelle se révèle si bien l'esprit si fin et si ingénieux du nouveau membre de l'Institut, est à la main de tous les médecins, de ceux-là même qui, comme Rizzio à la vue d'une épée, tremblent toujours un peu à la vue d'un bistouri; si nous ajoutons, disons-nous, que cette méthode est à la portée de tous les praticiens, nous aurons, nous le pensons, suffisamment justifié l'éloge si explicite que nous venons de faire de l'heureuse innovation du savant professeur de la Faculté de médecine de Paris.

C'est également parce qu'il a mis en relief le traitement applicable à une maladie sur laquelle se taisent une foule d'ouvrages, bien qu'elle ne soit pas très-rare, que nous rappellerons un travail d'une moins grande portée pour tous, le travail de M. le docteur Leplat sur le mal perforant du pied. Nous ne prétendons pas que tout soit dit sur ce point; non, il y a là, il faut bien le reconnaître, une foule d'obscurités que ce travail consciencieux n'a pas dissipées; mais au moins la question est largement posée, et l'attention des observateurs, éveillée sur ce point, finira par déchirer le voile qui nous cache et l'étiologie, et la nature intime de cette si singulière affection. En attendant, M. Leplat leur en a tracé un historique intéressant, il leur a mis sous les yeux des faits nettement dessinés, et a montré qu'une thérapeutique bien entendue peut très-souvent, sinon toujours, triompher d'une maladie dont une étude incomplète avait tout d'abord exagéré la gravité.

Nous ne ferons que mentionner, dans la même direction scientifique, l'article de M. le professeur Gerdy, relatif à la guérison des fistules profondes de l'anus par la méthode du pincement; les faits intéressants cités par M. le docteur Desgranges de Lyon sur l'heureuse influence des injections iodo-tanniques dans les varices; le travail de M. Philipeaux, qui habite également la ville de Lyon, véritable ruche de travailleurs sérieux, sur l'efficacité de la cautérisation dans les infiltrations urineuses, etc. : là partout une observation attentive, la sagacité que l'observation ne donne pas, mais qui donne à l'observation sa valeur, ont conduit les chirurgiens distingués que nous venons de citer à des résultats qui intéressent au plus haut degré la pratique de l'art.

Mais un petit travail sur lequel nous désirons, en finissant, rappeler d'une manière particulière l'attention de nos lecteurs, c'est celui que vient d'insérer dans le dernier numéro du journal M. Gosselin; ce travail est relatif au traitement du phlegmon péri utérin chronique. On sait quel cas nous faisons d'un agent puissant entre tous, l'iode et ses préparations : c'est encore à ce moyen, sous la forme de tampons iodurés, que l'habile chirurgien de l'hôpital Cochin a demandé les guérisons remarquables qu'il a obtenues dans une maladie en général tenace, et qui, il faut bien le dire, passe quelquefois inaperçue. Ajoutez ces faits à celui si remarquable, cité par M. Vigla, de la guérison d'un kyste hydatique du foie ou de la poitrine par les injections iodiques, à celui non moins digne d'attention qu'a rapporté M. Aran d'un hydropéricarde, où les mêmes injections ont eu le même succès, et dites-nous si la science qui a fait une si noble conquête est une science improgressive. Pour nous, nous l'avouerons hautement, le scepticisme de quelques médecins contemporains à l'endroit de la thérapeutique, dont nous suivons pas à pas les progrès, nous attriste profondément : non, il n'est pas vrai que la médecine ne soit que l'art d'abuser les hommes sur les coïncidences fortuites de l'administration des remèdes et la solution spontanée des maladies; non, il n'est pas vrai que puiser au hasard dans l'arsenal d'une matière médicale confuse, ce soit chose indifférente pour la terminaison des mille maux qui affligent l'humanité. La science marche et progresse tous les jours, bien que d'une manière lente, eu égard à l'impatience des hommes, et si humble que soit la part du *Bulletin de Thérapeutique* dans cette œuvre de tous, nous sommes fier de l'honneur de la résumer ici.

De l'emploi du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie chez les femmes en couches.

Nous n'avons pas hésité, dès le moment où le chloroforme a été employé dans le traitement de l'éclampsie chez les femmes en couches, à le signaler à l'attention des médecins comme l'un des moyens les plus efficaces à mettre en usage dans cette maladie, après l'emploi large et répété des émissions sanguines. Nous croyons, en effet, que, dans les cas graves, il faut, à moins de contre-indications formelles, débuter par les émissions sanguines; mais cette indication une fois remplie, le chloroforme se présente avec cette influence modératrice remarquable qu'il exerce sur le système nerveux, dont il régularise les fonctions et calme l'excitation morbide. Nous avons montré également, par des faits empruntés à nos confrères de France ou d'Angleterre, que le chloroforme jouit de ces propriétés, non-seulement administré en inhalations, mais encore donné par le tube digestif en potion ou en lavement, circonstance d'autant plus précieuse qu'elle est de nature à rassurer complétement les médecins relativement aux dangers possibles des inhalations. Le chloroforme, administré par la voie athmiatrique ou par les voies digestives, répond donc aux principales indications de l'éclampsie, et nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs trois nouvelles observations de succès recueillies dans le service de M. Piédagnel, et consignées par un de nos jeunes confrères, M. Frémineau, dans sa thèse inaugurale :

Obs. I. *Eclampsie chez une femme à terme au moment du travail, avec procidence de la langue. Persistance des accès après l'accouchement. Traitement par le chloroforme en inhalations et par les voies digestives. Guérison.* — La nommée Marie M..., âgée de vingt-cinq ans, enceinte de neuf mois, primipare, avait éprouvé depuis quelques jours de la céphalalgie générale, de la rougeur de la face, un peu de congestion, quelques vertiges; la tête lui tournait, elle trébuchait en marchant; en même temps, il s'était manifesté des vomissements verts porracés assez intenses. Le 29 mai dernier, la malade fut prise de douleurs d'abord dans les lombes, puis dans l'utérus; le travail allait commencer, lorsqu'elle fut prise tout d'un coup d'une attaque d'éclampsie fort intense, caractérisée par des mouvements convulsifs auxquels succédait un état comateux. A partir de ce moment, il survint une complication fort grave, une procidence de la langue qui, serrée et coupée par les dents, se gonfla à tel point que la malade était menacée d'asphyxie. Elle resta chez elle dans cet état pendant deux jours; mais dans la nuit du

31 mai, elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu et couchée au n° 16 de la salle Saint-Landry, service de M. Piédagnel. L'accouchement eut lieu dans la nuit, l'enfant était vivant et le travail, quoique un peu lent, ne s'en était pas moins effectué très-bien.

L'accouchement ne modifia pas les accidents. Effectivement, dans la journée du 1er juin, les attaques d'éclampsie, caractérisées par des mouvements convulsifs très-intenses, se répétèrent à peu près cinq ou six fois durant environ une demi-heure à trois quarts d'heure, et séparées par des intervalles pendant lesquels la malade restait plongée dans un état de coma, dans lequel elle entendait sans pouvoir ni comprendre ni répondre. Sensibilité exaltée ; paupières dans le prolapsus ; pupilles dilatées, immobiles et dirigées en dedans ; pouls fréquent, à 120 pendant les accès, retombant à 72 dans les intervalles et dépressible ; enfin, prolapsus de la langue, gonflée, gangrénée à sa partie inférieure ; rien de particulier du côté du ventre ; accumulation de matières fécales dures et moniliformes dans le colon.

Un dilatateur inter alvéolaire fut placé et maintint la bouche ouverte ; deux incisions longitudinales dégorgèrent la langue, qui put alors être réduite et rentrée dans la bouche. Inhalations de chloroforme répétées et prolongées ; lavement avec 4 gram. de chloroforme, la malade ne pouvant avaler. Pendant cette journée, elle fut soumise six fois, avec les précautions convenables, à des inspirations de chloroforme jusqu'à anesthésie complète, prolongée pendant vingt minutes, une demi-heure. Après chaque inhalation, la malade tombait dans un état de sédation complet, qui durait une heure, une heure et demie ; puis, quand un accès paraissait imminent, elle était soumise à une nouvelle anesthésie. Le soir, la malade était déjà infiniment mieux ; dans les moments de répit, le pouls était retombé à 68 ; la respiration commençait à reprendre son rhythme normal ; quand on lui parlait, elle faisait signe qu'elle entendait.

Le 2 juin, même état, même traitement. Les inhalations de chloroforme furent réduites à quatre. Le soir, la malade était très-calme, les accès avaient été moins fréquents et de moins longue durée; elle avait un peu plus de connaissance et entendait ce qu'on lui disait (potion avec 1,50 de chloroforme).

Le 3 juin, même traitement. La malade n'a que trois accès légers ; les mouvements convulsifs ont cessé ; elle répond un peu aux questions qu'on lui adresse ; le soir, elle se lève d'elle-même sur son séant.

Le 4 juin, les accès ont cessé; elle n'éprouve plus qu'une lassitude extrême; les autres symptômes s'effacent peu à peu; seulement la malade ne se rappelle pas être accouchée. Constipation depuis plusieurs jours.— Potion purgative; selles peu abondantes.

Le 5, *ut suprà*. Selles abondantes; la tumeur que la malade présentait vers la fosse iliaque gauche a disparu; les scarifications de la langue sont cicatrisées en partie; la malade prend quelques aliments.

Le 6, les accès ont entièrement disparu; la malade est revenue à son état normal. Le mieux va progressivement jusqu'au 13 juin, époque à laquelle cette femme sort parfaitement guérie.

—On voit que chez la malade de l'observation précédente le chloroforme a eu une action immédiate : modification avantageuse de la période de coma et des mouvements convulsifs; sédation d'une assez longue durée; de jour en jour diminution progressive des symptômes, enfin cessation complète en vingt jours.

Obs. II. *Eclampsie chez une femme enceinte de sept mois et demi. Chloroforme en inhalations et en potions. Accidents graves. Guérison, avec persistance de la vie de l'enfant. Accouchement à terme.* — La nommée Julie G..., vingt-quatre ans, journalière, primipare, enceinte de six mois, est atteinte depuis deux jours d'éclampsie, lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piédagnel, le 25 mars 1855. Pas d'autre maladie grave qu'un rhumatisme trois années auparavant. Assez mal réglée, elle sent parfois à l'estomac comme une boule, qui semble remonter et l'étrangler. Perte de connaissance, pupilles dilatées, mouvements convulsifs, ventre sensible, du côté gauche surtout; point d'albumine dans les urines. Quand les attaques sont sur le point de paraître, la malade éprouve des douleurs de tête très-intenses, de l'étouffement; le pouls est généralement plein et fort, et quand elle sort de ses attaques, elle reste dans l'hébétude et l'assoupissement. Enfin, il y a hémiplégie du côté gauche, insensibilité générale (forte saignée matin et soir; potion avec un gramme de chloroforme). Le soir, la malade est mieux et semble avoir repris un peu de connaissance; son ventre redevient sensible et l'on voit, au moment où les convulsions vont avoir lieu, l'utérus se contracter et devenir dur et tendu.

Le 26 mars, même état; vers deux heures du matin, nouvelle attaque. (Même médication.) Le 27 au matin, la malade a repris connaissance; nouvelle attaque vers deux heures. (Vingt sangsues au cou; potion avec chloroforme, 5 gr.) Le 28 et le 25, son état s'améliore et la malade a repris l'usage de ses sens et de son bras gau-

che; seulement, le ventre reste toujours d'une sensibilité extrême.

Du 1er au 7 avril, la connaissance et les mouvements sont revenus; la sensibilité, obtuse durant les attaques, est exaltée pendant les intervalles de mieux; par moments, la malade éprouve encore de la roideur dans les membres. (Grands bains prolongés.) Le 11, nouvelle attaque très-intense, avec mouvements convulsifs. (Saignée de 500 gram.; révulsifs cutanés; continuation de la potion avec 2 gr. de chloroforme.) L'état de la malade s'améliore; elle va bien, sauf une faiblesse extrême, lorsque, le 14, à la suite d'une contrariété, elle est reprise d'une attaque très-intense; le pouls s'élève à 100. (Nouvelle saignée; continuation de la potion chloroformée à 2 gr.) Mais la malade devient de plus en plus anémique; bruit de souffle très-intense dans les carotides; battements du cœur faibles. Une consultation composée de MM. Legroux, Trousseau, Rostan, Sandras et Piédagnel a lieu, et les avis sont partagés relativement à l'accouchement provoqué. Encouragé par MM. Rostan et Sandras, M. Piédagnel se borne à continuer le traitement qu'il a adopté. Le soir, la malade a repris sa connaissance. Le 17, nouvel accès léger et de peu de durée. On continue la potion avec 2 gr. de chloroforme. Pendant toute la durée de cette maladie, le col est resté mou, sans éprouver aucune modification; l'enfant a continué à vivre. Jusqu'au 25, la malade reste dans un état qui n'inspire aucune crainte. Du 25 avril au 12 mai, quelques douleurs lombaires, pesanteur dans le ventre. Le 12, attaque légère avec moins de mouvements convulsifs et durée très-courte. Le 13, il semble que l'accouchement se prépare; cependant rien encore au toucher; seulement le col est plus mou. Dans la nuit du 13 au 14, la malade accouche sans accident aucun. A partir de ce moment, les attaques s'éloignent et sont extrêmement légères; à la fin de juin, elles ont disparu. La malade est restée à l'hôpital jusqu'au 7 août, sans qu'aucun accès se soit mafesté.

— Dans l'observation qu'on vient de lire, sous l'influence de chloroforme, les attaques ont été d'abord moins fortes, puis ont diminué de durée, se sont éloignées et ont enfin presque entièrement disparu dans les derniers moments de la grossesse. Nul doute que la maladie eût succombé: les accès étaient si forts et si rapprochés qu'il lui eût été impossible de résister longtemps à un pareil état; et si dans ce cas l'amélioration a été plus lente à se produire, il faut bien remarquer que les accidents étaient d'une haute gravité.

Obs. III. — *Éclampsie chez une femme enceinte de huit mois; première attaque au moment de l'établissement du travail. Nou-*

veaux accès à la suite de l'accouchement. Chloroforme à l'intérieur. Guérison. — La nommée Julie J..., vingt-quatre ans, accouche à l'Hôtel-Dieu, dans la nuit du 21 au 22 novembre, salle Saint-Joseph, n° 9, après un travail long, mais qui ne présente rien de remarquable. Cette femme était enceinte pour la première fois. Maigre et d'un tempérament nerveux, elle éprouvait depuis quelques jours de la céphalalgie, des maux de tête, des vertiges, des étourdissements assez intenses; elle avait même eu une attaque d'éclampsie, le 19 novembre, jour où elle ressentit les premiers indices du travail de l'accouchement.—Le 22 novembre, la malade est dans un état de coma profond, pupilles dilatées et immobiles, pouls assez fort, à 84; respiration stertoreuse, et parfois la malade est prise de secousses convulsives, indiquant la recrudescence des accès; cependant elle avale très-facilement. (Potion avec 2 grammes de chloroforme; révulsifs cutanés.)—Le 23, même état, le pouls est moins fort, les secousses convulsives moins intenses. — Le 24, la malade est toujours dans le même état de coma, sans convulsions; on lui enlève ses liens; du côté du ventre, tout marche régulièrement.— Le 25, elle reprend un peu connaissance; les pupilles sont sensibles à l'action de la lumière. — Du 26 au 28, le mieux se continue, la malade entend bien et comprend ce qu'on lui dit. — Le 30, les facultés sont revenues; seulement elle ne sent et ne se doute point qu'elle est accouchée. L'enfant vit très-bien; il lui est présenté, et rien en elle ne réveille le sentiment maternel. L'enfant n'est pas à terme; il a moins de huit mois.

—Il résulte de ces trois observations que si le chloroforme n'est pas le véritable spécifique de l'éclampsie, il est au moins, comme nous le disions en commençant, un médicament destiné à rendre de grands services dans cette maladie. Dans les cas simples, il diminue la durée des accidents; dans les cas graves, il diminue d'abord l'intensité des accès, puis favorise leur éloignement et les réduit à des proportions moins effrayantes. Son action, continuée à des doses progressivement plus fortes, amène la cessation complète des accidents. Nous n'hésitons donc point à recommander avec une nouvelle force cette médication aux médecins, comme pouvant leur être d'une très-grande utilité après les émissions sanguines, que le chloroforme soit employé en inhalations ou par les voies digestives, ou que l'on combine ces deux modes d'administration. Nous croyons cependant que dans les cas graves, il sera difficile de s'en tenir exclusivement à l'emploi intérieur; la nécessité d'intervenir avec une grande rapidité fera souvent au médecin l'obligation d'avoir recours aux inha-

lations; mais ce que nous tenons à rappeler à nos lecteurs, c'est que ces inhalations sont moins dangereuses peut-être dans ces circonstances que dans toute autre, le système nerveux se trouvant dans un état de surexcitation particulière, qui lui permet de supporter sans inconvénient des doses considérables d'anesthésique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des goîtres suffocants et de leur traitement.

Par M. Bonnet, professeur à l'École de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut.

(Suite et fin) [1].

Pour réaliser le déplacement qui se présente ainsi comme essentiel, l'on ne peut se contenter de l'action momentanée et insuffisante des doigts ou d'un appareil : il faut recourir à une opération.

De toutes celles qui ont été mises en pratique, je préfère l'emploi d'aiguilles courbes traversant les tumeurs de bas en haut, ou celui d'une sorte de fourchette avec laquelle on les pique, et qui sert, par un mouvement de bascule, à les porter en haut et en avant.

Cependant, comme les corps étrangers ne peuvent rester que quelques jours en place, il faut qu'un acte vital soit substitué à leur action toute mécanique. Cet acte vital doit être une inflammation adhésive capable de fixer la thyroïde dans la position nouvelle où elle a été ramenée, et capable aussi d'en déterminer une résolution au moins partielle. Aucun moyen ne m'a paru plus sûr, pour atteindre ce but, que la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc.

Ce caustique convertit les parties molles en une escarre sèche, dont la chute laisse une ouverture à travers laquelle la tumeur fait hernie; et si son application est suffisamment prolongée, il détruit, sans produire aucun accident, une partie de cette tumeur elle-même.

Ainsi l'analyse des causes qui rendent suffocants les goîtres inférieurs du cou conduit à un déplacement mécanique, et l'insuffisance de ce déplacement à une cautérisation capable de produire des effets durables.

Depuis cinq ans, ces principes ont reçu neuf applications; sept fois entre mes mains, deux fois, de la part de M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

[1] Voir le numéro du 15 janvier, page 19.

Les résultats ont démontré la justesse des vues sur lesquelles était fondée l'opération nouvelle, dont je n'indique ici que les principes. Pour exposer convenablement ces résultats, je distinguerai les goîtres qui occupaient la ligne médiane, de ceux qui étaient placés latéralement à la trachée-artère. Les premiers sont au nombre de trois. J'ai opéré l'un d'eux en 1850 ; M. Rarrier a opéré les deux autres en 1854. Chez tous, le déplacement a été facile, et la cautérisation douloureuse, il est vrai, mais sans accident. La dyspnée et le ronflement trachéal ont complétement disparu.

A ces traits généraux, j'ajouterai quelques détails sur le premier de ces opérés. Il était âgé de quinze ans ; sa dyspnée était accompagnée des angoisses les plus pénibles, surtout pendant le sommeil ou après la marche. L'asphyxie paraissait imminente ; le bruit de cornage était des plus intenses. Je maintins la tumeur soulevée à l'aide de quatre épingles implantées de bas en haut ; la cautérisation fut prolongée pendant trois jours ; à la chute de l'escarre, l'on reconnut dans la glande, qui faisait hernie dans l'étendue d'une pièce de 2 francs, un kyste dont l'intérieur fut cautérisé à son tour. Les symptômes, amendés dès le jour même de l'opération, disparurent avec la chute des escarres ; on n'entendait plus aucun bruit, même dans les inspirations les plus profondes. La persistance de la cure a été constatée cinq ans plus tard; Claude Duperret, c'était le nom du malade, étant venu en 1855 réclamer un certificat de son ancienne maladie pour se faire exempter de la conscription.

Les malades affectés de goîtres latéraux glissant derrière la clavicule et le sterno-mastoïdien sont au nombre de six. Un seul n'a éprouvé aucune amélioration. Son goître, volumineux et adhérent, ne fut pas éloigné de la place qu'il occupait, et la cautérisation ne s'étendit pas jusqu'à l'épingle dont on l'avait traversé. Le traitement échoua ; mais, comme on le voit, la méthode de déplacement et la cautérisation profonde ne lui avaient pas été réellement appliquées.

Les cinq autres malades furent guéris. Deux, opérés à la clinique en 1853 et 1855, n'offrirent rien de spécial. Les trois autres ont présenté, au moins sous le rapport des symptômes, des conditions particulières qui rendent leurs observations dignes de quelques détails.

Le plus anciennement opéré est ce jeune homme, qui offrait les signes de la compression du nerf laryngé inférieur et du plexus brachial. L'engourdissement du bras, la faiblesse de la voix et l'impossibilité de se livrer à aucun effort disparurent chez lui avec la dyspnée et le cornage.

Celui qui vient ensuite par ordre de date présentait les symptômes de la paralysie du nerf diaphragmatique. Tous les médecins qui l'ont suivi ont pu constater que son mode de respiration avait changé immédiatement après le déplacement du goitre. Quand le traitement eut été terminé, le ventre était soulevé dans l'inspiration comme il doit l'être dans l'état normal. L'opéré n'était pas moins frappé de ce changement que de la liberté qu'il avait acquise dans la respiration, et de la cessation de tout bruit trachéal.

Enfin le dernier cas dont j'aie à parler est celui d'un malade de cinquante-neuf ans. La difficulté de la respiration ne se faisait point sentir au repos; mais elle devenait immédiatement extrême sous l'empire de la marche et surtout de la montée; après quelques pas, elle était suivie d'une sorte de défaillance : il n'y avait, du reste, aucun bruit de cornage. J'hésitai à rapporter tous ces accidents à une tumeur que je reconnus sur le côté droit de la trachée-artère, et qui s'engageait en partie derrière la clavicule. J'en proposai toutefois le déplacement et la cautérisation, sans dissimuler l'incertitude du succès. L'opération, faite le 31 mai, fut suivie, au bout de trois semaines, d'une cessation complète de toute dyspnée, même pendant une marche rapide ou l'ascension de plusieurs étages.

Jusqu'à quel point persistent les résultats obtenus? L'expérience seule peut nous éclairer à cet égard. Des huit malades guéris, trois seulement ont été revus, l'un d'eux, au bout de cinq ans; c'était le premier opéré. La cure ne s'était pas démentie; mais il est à noter que chez lui la cautérisation ne s'était pas bornée à mettre à nu et à faire adhérer la tumeur : on l'avait portée jusque dans l'intérieur d'un kyste développé au centre de la production nouvelle.

Chez un sujet revu six semaines après sa sortie de l'hôpital, et dont le goître avait été également cautérisé dans sa profondeur, la cure ne s'était pas démentie, et les forces qu'il avait recouvrées s'étaient développées avec le temps.

Le malade de cinquante-neuf ans, dont j'ai rapporté l'observation en dernier lieu, n'a pas eu le même bonheur. Pendant les trois semaines qui suivirent son départ de Lyon, il jouit de la liberté la plus parfaite de la respiration; il put faire jusqu'à cinq kilomètres à pied, et plusieurs de ses lettres exprimèrent le bonheur de se voir en quelque sorte rendu à une nouvelle existence; mais au bout de ces trois semaines de bien-être, le mieux se démentit graduellement, et huit jours plus tard les accidents étaient aussi prononcés qu'avant l'opération. J'ai cru devoir attribuer cet insuccès à ce que la cautérisation n'avait atteint que les parties molles recouvrant la

tumeur ; la thyroïde était venue faire une légère hernie à travers leur perforation, et n'avait pas été attaquée dans son épaisseur : deux jours de cautérisation de plus auraient peut-être mis à l'abri de cette récidive et de la cruelle déception qui en a été la suite.

Quelle qu'ait été l'imperfection de ce résultat définitif, on voit dans l'ensemble de ce travail un enchaînement rigoureux entre les faits d'observation et les conséquences pratiques qui en ont été déduites. Des tumeurs sans gravité par elles-mêmes, sans danger, tant qu'elles occupent la région du cou, entraînent les conséquences les plus graves dès qu'elles sont refoulées derrière le sternum et la clavicule. De cette étiologie, on conclut qu'il faut les ramener dans le cou, leur donner une situation plus superficielle et plus favorable à leur développement extérieur; et une expérience, sinon très-étendue, au moins suffisante, puisqu'elle porte sur neuf opérations, vient démontrer la justesse de ces idées.

Les insuccès mêmes que nous avons pris soin de signaler n'enlèvent rien à l'utilité de la méthode ; car dans le seul cas où l'on n'a obtenu aucun résultat, le déplacement n'a pu être réalisé, et chez le malade qui a vu récidiver les symptômes de suffocation, le caustique n'avait pas agi à une profondeur suffisante.

Il y a là, sans aucun doute, une voie féconde ouverte au diagnostic et à la thérapeutique. A l'avenir, les praticiens seront conduits à rechercher si dans les asthmes considérés souvent comme nerveux, il n'existe pas, à la limite du cou et de la poitrine, des tumeurs que leur petit volume laisse inaperçues, qui compriment le tuyau aérien et les nerfs environnants, parce qu'une ceinture osseuse empêche leur développement extérieur.

Leur attention se fixera sur ces paralysies du nerf laryngé inférieur et du nerf diaphragmatique, qui ne sont encore connues que par des expériences sur des animaux ; et de ces études pleines d'intérêt pour le physiologiste, ils pourront s'enhardir jusqu'à des applications pratiques que justifient la gravité du mal, l'innocuité constante du remède et la fréquence des succès obtenus.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a décrit récemment le premier procédé opératoire auquel M. Bonnet a eu recours, l'emploi des épingles. Dans les cas faciles, les goîtres médians, par exemple, on peut réussir avec ce moyen ; les faits cités dans ce journal le prouvent. Mais lorsque les goîtres sont placés latéralement, et spécialement lorsqu'ils sont situés entre la trachée et la carotide, les épingles ne présentent pas une résistance assez grande pour soulever la tumeur

et la porter en avant. Pour remplir cette indication, M. Bonnet a fait construire une sorte de fourchette, qui permet d'exécuter un mouvement de bascule, et de porter la tumeur aussi haut et aussi en avant que possible. Grâce à l'obligeance de M. J.-B. Baillière, nous pouvons emprunter à l'excellent Traité de la cautérisation de M. le docteur Philipeaux les figures et la description du dernier procédé de M. Bonnet, et que ce savant chirurgien a mis en usage avec succès dans les trois derniers cas qu'il a opérés.



(Fig. 1)

Le premier temps du procédé a pour but le soulèvement de la tumeur. On l'opère à l'aide d'une ou deux fourchettes, comme celle représentée dans la figure ci-dessus. Cet instrument, long de 15 centim.,



(Fig. 2).

se compose de deux parties; une pointe de 5 centim. de longueur, offrant à sa partie moyenne un renflement qui l'empêche de péné-

trer au delà de 2 centimètres et demi, et un manche de 10 centim., se terminant par une extrémité aplatie. Au tiers supérieur de l'instrument se trouve placé un coussin de 1 centim. d'épaisseur, destiné à permettre le mouvement de bascule, lorsque la tumeur étant traversée on ramène contre la poitrine la plaque de l'instrument.

Les doigts de la main gauche tenant la tumeur soulevée, on la traverse de bas en haut et d'avant en arrière avec l'aiguille, que l'on pousse jusqu'à ce qu'elle ait pénétré à 2 centimètres 1/2 ou



(Fig. 3.)

3 centimètres de la pointe. La tumeur traversée, on ramène la plaque de l'instrument contre la poitrine, ce qui, grâce au coussinet sus-sternal, porte le goître en haut et en avant, ainsi que le représente la figure 2.

La pression exercée sur la plaque de la fourchette est remplacée par un grand nombre de bandelettes de linge enduits de collodion et qui recouvrent la poitrine et le manche de l'instrument dans l'étendue d'une paume de main; on n'en a représenté qu'une partie dans la figure 3.

La tumeur soulevée et portée en avant à l'aide de la fourchette,

l'on procède à la cautérisation longitudinale de la tumeur avec le caustique de Vienne, en donnant à l'escarre une largeur de 7 à 8 millimètres et une longueur égale aux deux tiers moyens de la tumeur (voir fig. 3). Le chlorure de zinc, placé immédiatement sur l'escarre, est laissé en place pendant quarante-huit heures; au bout de ce temps, la partie mortifiée, alors très-agrandie et devant comprendre la partie traversée par les aiguilles, doit être fendue longitudinalement jusqu'à ce qu'on s'approche des parties vivantes. Une nouvelle couche de pâte de chlorure de zinc est déposée dans le fond de la plaie et laissée en place encore pendant deux jours. L'expérience a démontré que cette cautérisation de quatre jours au moins était nécessaire pour détruire complétement les parties molles superficielles, ainsi qu'une partie du goître. L'aiguille peut alors être enlevée; la fixation de la tumeur, sa projection en avant et sa disparition partielle est assurée; il ne reste plus qu'à attendre l'élimination de la partie mortifiée et à favoriser la cicatrisation de la plaie; la chute de l'escarre a lieu neuf jours après que la cautérisation a été suspendue, et si l'on se sert pour les pansements d'une pommade iodée ainsi formulée :

Pr. Axonge		30 grammes.
Iode	0,50 à	1 gramme.
Iodure de potassium		2 grammes.

La cicatrisation est opérée au bout de trois à quatre semaines.

Une seconde cautérisation n'a été nécessaire que chez deux malades dont le goître contenait un kyste simplement ouvert par la première cautérisation, et dont il fallut détruire la surface interne par une nouvelle application de caustique.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sirop d'acide iodhydrique.—Diverses formules pour la préparation de cet acide.

L'acide iodhydrique à l'état liquide a été introduit récemment dans la thérapeutique par un médecin anglais, Buchanan, qui lui attribue toutes les propriétés de l'iode, sans qu'il en ait l'action irritante, et qui dit l'avoir employé avec succès dans la diarrhée des cholériques. Voici, du reste, la formule expéditive que ce médecin a donnée pour sa préparation.

Pr. Acide tartrique	13,20.
Iodure de potassium	15,50.

Dissolvez-les séparément chacun dans 16 gram. d'eau distillée, mêlez la solution, agitez et passez pour séparer le bitartrate de potasse, en ajoutant de l'eau pour avoir 200 gram. de liquide. Au moment où l'on mêle la solution, le liquide prend une couleur légèrement jaunâtre, et dix minutes après, il y a déjà de l'iode libre, comme on peut s'en assurer en ajoutant quelques gouttes d'une solution d'amidon.

Cette décomposition rapide tient jusqu'à un certain point à l'opération nécessaire pour séparer le bitartrate, et, par suite, au contact prolongé de l'air. Préparé par l'acide sulfhydrique, l'acide iodhydrique ne se décompose pas avant une heure ou deux; mais si on l'agite, la séparation de l'iode marche beaucoup plus vite. Il en est de même de l'acide iodhydrique obtenu par la décomposition de l'iodure de baryum par son équivalent d'acide sulfurique, et qui n'est pas une préparation plus stable. De tout cela il résulte que l'acide iodhydrique doit être préparé extemporanément au moment de son emploi. C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Murdoch a eu l'idée de préparer un sirop d'acide iodhydrique de la manière suivante :

Pr.	Sucre.................	66 grammes.
	Eau..................	20 grammes.

Faites dissoudre à chaud dans un flacon et laissez refroidir ; préparez la solution d'acide iodhydrique de Buchanan, dont nous avons donné plus haut la formule, sans ajouter d'autre eau. Cette opération doit être faite rapidement, et il faut passer à travers un morceau de calicot et non à travers un filtre en papier, qui décomposerait en partie la solution. Cela fait, on prend de cette solution 21 gram. 20, et l'on mêle avec le sirop. Le tout forme 80 gram. de liquide, et chaque 4 grammes contiennent l'équivalent de 0,10 d'iode pur.

On peut encore préparer ce sirop en dissolvant l'iodure et l'acide tartrique l'un et l'autre dans du sirop, au lieu de les dissoudre dans l'eau, en les mélangeant et les laissant reposer quelques heures pour laisser se déposer le bitartrate ; on prend ensuite de ce sirop la quantité désirée pour faire le sirop indiqué plus haut. Mais ce dernier mode de préparation, le plus commode des deux, a l'inconvénient de ne pas empêcher la séparation d'une petite quantité d'iode, ce qui tient à ce que la quantité de sucre est trop faible pour conserver la préparation ; mais en ajoutant une plus grande quantité de sucre, la décomposition s'arrête.

M. Murdoch dit avoir de ces sirops préparés depuis plusieurs

mois, et qui ont le même aspect et la même composition que le premier jour. Dans un sirop préparé au milieu de l'hiver dernier, le sucre s'était séparé en cristallisant, et la liqueur qui surnageait offrait une assez belle couleur jaune, une très-forte réaction indiquant la présence de l'iode; mais la portion cristallisée ne donnait aucune réaction, à moins qu'on y ajoutât de l'acide nitrique.

Sirop de pepsine.

L'expérimentation qui se poursuit avec la pepsine nous engage à signaler un moyen facile d'administrer le nouveau médicament. Dans la médecine infantile, le *jucunde* est chose importante; il ne suffit pas de prescrire un moyen thérapeutique, il faut encore le faire accepter des petits malades. Parmi les nombreux sirops, il en est un que nous a signalé M. Corvisart, celui de cerise, dont la saveur se confond tellement avec celle de la pepsine, que les enfants les plus difficiles acceptent ce mélange avec plaisir. Voici une manière très-simple de préparer ce sirop.

Pr. Pepsine (acide ou neutre)........... 66 grammes.

Faites dissoudre dans :

Eau froide....................... 14 grammes.

Filtrez et ajoutez :

Sirop de cerise acidule..... ...... 70 grammes.

Chaque cuillerée à soupe de sirop (15 gr.) contient un gramme de pepsine. La dose est donc d'une cuillerée pour les adultes et d'une demi-cuillerée pour les enfants, que l'on fait prendre à la fin de chaque repas.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la teinture d'iode dans l'angine couenneuse.

Le spécifique de l'angine couenneuse fût-il connu, admis par les praticiens, qu'il resterait encore à remplir, dans le traitement de cette affection, des indications générales qui découlent du sexe, de l'âge, de la constitution du sujet, de son hygiène privée, de l'état sporadique ou épidémique de la maladie, ainsi que des indications spéciales, impérieuses même qui se tirent de la production de fausses membranes dont les qualités envahissantes et aujourd'hui, nous pouvons presque l'affirmer, contagieuses, menacent la vie

avant que l'on n'ait pu intervenir profondément dans la constitution morbide du malade. C'est contre cette production pathologique que, de tout temps, on a préconisé l'emploi des vomitifs comme moyen d'expulsion, et la cautérisation comme modificateur des parties affectées.

Le choix de l'agent thérapeutique n'est pas indifférent; et celui qui remplira le mieux les volontés du médecin est assurément l'agent qui non-seulement fera disparaître le produit pathologique, mais encore s'opposera à sa reproduction, en modifiant spécifiquement les organes envahis.

La teinture d'iode nous a paru l'agent le plus convenable pour obtenir ce résultat; mais avant d'analyser son mode d'action, je vais laisser parler les faits.

La première de mes observations se rapporte à une cuisinière âgée de trente ans, mère de famille, d'une constitution détériorée, sujette à des maux de tête fréquents. Prise le soir, après avoir servi le dîner, d'une forte fièvre, avec chaleur et rougeur à la peau, dit-elle, elle passa la nuit dans une agitation excessive; je la vis le lendemain : la rougeur à la peau avait complétement disparu; mais la chaleur persistait, le pouls marquait 86; elle se plaignait de céphalalgie, de mal de gorge et d'une grande prostration; il existait de la constipation. La gorge était d'un rouge scarlatineux, les amygdales étaient gonflées et couvertes d'un mucus épais qui s'enlevait facilement. Je prescrivis de l'eau de Sedlitz, un gargarisme au borax, la diète et le lit.

Le lendemain le pouls était tombé à 70, la prostration était grande, les ganglions sous-maxillaires au niveau de l'angle de la mâchoire du côté droit étaient pris, et le tissu cellulaire environnant participait à l'engorgement. La gorge examinée me présenta, du côté droit, au centre de l'amygdale, une pseudo-membrane épaisse, que je ne pus détacher; sur l'amygdale gauche il existait un pointillé blanc.

Je cautérisai largement les amygdales, la luette et les parties environnantes avec la teinture d'iode pure, et je prescrivis une pommade iodurée et belladonée en frictions sur le cou; une infusion de camomille et quelques cuillerées de bouillon de bœuf.

Le troisième jour de l'invasion, la pseudo-membrane droite s'est détachée; mais il en existe une sur l'amygdale gauche, qui s'étend jusqu'à la luette; la prostration est plus grande, le pouls est tombé à 60. Je fais une nouvelle cautérisation, et je prescris une décoction de quinquina édulcorée avec le sirop d'écorces d'orange; quelques cuillerées de bouillon gras.

Le quatrième jour, mieux marqué, mais persistance d'une fausse membrane; nouvelle cautérisation, même prescription.

Le cinquième jour, les pseudo-membranes ont disparu, il ne reste plus qu'une légère sécrétion d'apparence crémeuse : cautérisation légère, quinquina et potage gras.

A partir de ce moment, la convalescence marcha régulièrement; mais la malade fut longue à reprendre ses forces; il lui fallut quinze jours avant de pouvoir retourner à ses fourneaux.

La deuxième observation se rapporte à un garçon de bureau de vingt-huit ans, bien portant, bien constitué, se nourrissant assez bien, mais occupant un rez-de-chaussée humide. Depuis trois jours, il souffrait d'un mal de gorge qui gênait peu la déglutition, mais qui était accompagné d'engorgement des ganglions sous-maxillaires des deux côtés de la mâchoire; le malade se plaignait de la fièvre depuis la veille seulement. J'examinai la gorge, nous étions au mois de mars, et l'angine couenneuse était alors assez fréquente. Je trouvai les amygdales grosses et très-rapprochées de la luette, rouges et recouvertes, ainsi que les côtés de la luette, de grosses membranes adhérentes. Séance tenante, je fis une large cautérisation avec la teinture d'iode sur les amygdales, la luette et toute l'arrière-gorge; je lui prescrivis un gargarisme au borax, de l'eau dans laquelle on fit dissoudre 5 grammes de bicarbonate de soude par 500 grammes, et la diète.

Le lendemain, je trouvai mon malade très-satisfait de lui-même; il n'avait plus de fièvre, il avait rendu des peaux (sic) avec un peu de sang, et la gorge lui semblait libre; il demandait des aliments.

Je trouvai les pseudo-membranes disparues; mais la gorge était rouge, pointillée sur les amygdales. Je fis une nouvelle cautérisation plus légère; je prescrivis le même gargarisme, la même dose de bicarbonate de soude et du bouillon de poulet.

Le troisième jour du traitement, le sixième de l'invasion, je trouve le malade levé, l'engorgement ganglionnaire est en voie de résolution, la déglutition est facile; l'inspection de la gorge ne me laisse plus de crainte pour la reproduction de fausses membranes. Je permets des aliments, et j'engage le malade à continuer pendant quelques jours le gargarisme au borax et l'eau de Vichy artificielle.

Ce malade m'a offert un phénomène qui n'est pas rare : un coryza *iodique* très-marqué, qui cessa presque en même temps que les cautérisations iodées.

La troisième observation est relative à un enfant de quatre ans, fort, pléthorique, richement nourri, qui, au milieu d'une santé flo-

rissante, fut pris d'un violent accès de fièvre avec turgescence, rougeur très-marquée à la peau ; 120 pulsations, céphalalgie, agitation, constipation, pas de mal de gorge. Il y avait eu vers les trois heures un léger vomissement.

Je craignis une fièvre éruptive, et je prescrivis une tisane tiède, une prise de deux heures en deux heures d'une poudre contenant 1 centigramme de calomel ; des cataplasmes sinapisés à faire courir sur les membres inférieurs.

Deuxième jour. La fièvre est moins intense ; la peau est normale quant à la couleur, mais sa chaleur est toujours morbide ; le cou est tuméfié à droite vers l'angle de la mâchoire. J'examine la gorge et je trouve les amygdales gonflées, d'un rouge scarlatineux, surtout à droite ; pas de pointillé blanc, pas de difficulté de déglutition, pas de toux. L'enfant a eu une petite selle verdâtre. Je prescris la continuation du calomel ; 5 grammes de bicarbonate de soude dans 500 grammes d'eau sucrée à prendre dans la journée; farine de moutarde sèche dans des bas de laine; la diète.

Troisième jour. La fièvre se maintient, le pouls marque 80; la peau est modérément chaude ; l'enfant a eu trois selles verdâtres, coryza purulent fétide ; l'amygdale droite est recouverte d'une fausse membrane que je ne puis détacher, l'amygdale gauche est rouge et pointillée de blanc. Je fais immédiatement une large cautérisation avec la teinture d'iode, et je prescris une pommade à l'iodure de potassium et à l'extrait de belladone (ax., 20; iod. potass., 2; extr. de bellad., 1), sur la région du cou tuméfiée et sur celle correspondante du côté gauche ; la mère est chargée de nettoyer la gorge avec un pinceau chargé de miel rosat, dans lequel il a été incorporé du borax (1 sur 2) ; le bicarbonate de soude et les révulsifs vers les extrémités sont continués ; je cesse le calomel.

Quatrième jour. A mon arrivée, je trouve l'enfant assis sur son lit : ce qui me surprend, c'est la disparition complète du coryza purulent ; il y a plutôt sécheresse des fosses nasales ; la fièvre est moindre, et l'examen de la gorge rend parfaitement compte de ce mieux général. La fausse membrane a disparu ; il ne reste plus qu'une légère exsudation crémeuse, que le pinceau balaye facilement. Je fais une légère cautérisation avec la teinture d'iode ; continuation du bicarbonate de soude, du collutoire, et bouillon de poulet.

Cinquième jour. L'enfant est très-bien, la fièvre presque nulle, le coryza a reparu ; mais cette fois il est aqueux, il est *iodique* ; à l'inspection de la gorge, je trouve l'amygdale saine à droite, mais à gauche elle est couverte d'une pseudo-membrane mince, que je dé-

ache facilement; nouvelle cautérisation légère, collutoire, bicarbonate de soude; bouillon de bœuf.

Sixième jour. Absence de fièvre, un peu de prostration, pâleur de a face, diminution notable de l'engorgement ganglionnaire, amygdales rosées. L'enfant demande des aliments : potage gras, deux cuillerées de quinquina, eau de houblon.

Septième jour et suivants : la convalescence marche régulièrement.

Ces observations sont peu nombreuses; mais nous ne pouvons cependant les livrer sans y ajouter quelques réflexions.

La rougeur de la peau observée dans le premier et le troisième cas, l'apparence scarlatineuse de l'angine dans le premier, pourraient conduire à penser que ces deux angines couenneuses ne sont que des phénomènes secondaires à une affection morbilleuse, dont l'éruption aurait été fugace; mais pour admettre cette conclusion, n'aurait-il pas fallu que nous ayons constaté au moins un peu de desquammation?

L'état général de nos sujets a nécessité une thérapeutique générale bien différente. D'un côté des toniques, des excitants dès le début; chez les deux autres, le bicarbonate de soude comme altérant, ou plutôt comme antiplastique. Que revient-il au bicarbonate de soude dans la guérison de mes deux malades? J'avoue, malgré tout le bruit qui a été fait dans ces derniers temps en faveur de cette substance, ne pouvoir lui reconnaître une action assez prompte pour enrayer une affection à laquelle quelques jours suffisent pour envahir des organes importants et amener la mort.

Je pense que c'est un bon adjuvant chez les sujets forts, pléthoriques, chez lesquels il faut diminuer la plasticité du sang, sans en diminuer la quantité; car, ne l'oublions pas, et mes deux faits le prouvent, la prostration est bien près, dans cette maladie, de la surexcitation fébrile.

Si le traitement général a ses indications impérieuses, qu'il faut remplir sous peine de voir échouer les moyens topiques, il n'en faut pas moins reconnaître que sans ces derniers le temps manquerait au médecin pour obtenir la guérison du malade.

Les cautérisations ont donc ce caractère important qu'elles parent à un danger pressant, qu'elles s'opposent à l'envahissement de la fausse membrane; et, parmi tous les caustiques que l'art peut employer, la teinture d'iode doit tenir le premier rang lorsqu'il s'agit d'un produit de sécrétion. Cette substance non-seulement modifie la vitalité des parties sur lesquelles on l'applique, mais encore, absorbée, elle agit sur tout l'organisme, diminue la plasticité du sang et éveille des

phénomènes pathogénitiques qui lui sont propres, et qui concourent, par leur ensemble, à transformer la modalité morbide.

L'apparition du coryza *iodique* chez le sujet de la deuxième observation, et la disparition du coryza purulent chez le sujet de la troisième, ne sont-ils pas des preuves de ce que j'avance ?

J'aurais pu ajouter à ces observations la relation de quelques cas d'angine dans lesquels j'ai employé la cautérisation à l'aide de la teinture d'iode, alors qu'il n'y avait pas encore de fausses membranes formées, mais dans lesquels certains caractères me laissèrent la crainte de les voir apparaître; mais là il n'y aurait qu'appréhension de ma part et présomption en faveur de la teinture d'iode. Je préfère laisser mes faits dans leur isolement que de les mal entourer.

D[r] LECOINTE.

Un Mot sur l'atrésie vulvaire chez les petites filles; moyen très-simple d'en triompher.

L'étude de l'atrésie vulvaire offre aujourd'hui encore plusieurs points obcurs, et qui demandent pour être éclairés de nouvelles et attentives observations.

Ayant vu, pendant mon service de la Charité, un certain nombre de cas susceptibles de jeter quelque jour sur cette histoire, j'ai pensé qu'il y aurait de l'intérêt pour nos confrères de leur faire part d'une manière succincte de quelques-unes de mes observations personnelles, me réservant de leur donner ultérieurement un travail plus étendu.

Complète ou incomplète, l'atrésie vaginale peut être congénitale ou acquise, cette dernière a été le mieux étudiée jusqu'à présent; tout le monde sait que des brûlures, des inflammations, des ulcérations, la gangrène, etc., peuvent amener à la vulve et le long du conduit vulvo-utérin des resserrements considérables, de véritables oblitérations, dont la présence se révèle d'une manière fâcheuse, soit au moment de la menstruation, ou à l'occasion des rapprochements sexuels, soit au moment de l'accouchement. Tous les chirurgiens ont vu des cas de ce genre, les accoucheurs en ont maintes fois signalé les dangers, en indiquant les méthodes curatives à leur appliquer.

On se trompera quelquefois sur l'origine de ces atrésies. La malade qui fait le sujet de l'observation recueillie dans le service de Nichet, en 1837, et dont j'ai publié l'histoire [1], avait une bride par-

---

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XIV, p. 285, année 1838.

faitement circulaire; on fit l'incision multiple, l'accouchement put avoir lieu. On resta convaincu qu'il s'agissait d'une altération congénitale; longtemps après, cependant, j'ai su que cette fille avait eu déjà une première grossesse, un accouchement laborieux qui avait réclamé l'emploi du forceps, occasionné la gangrène du vagin, et une cicatrice circulaire consécutive.

J'ai rencontré depuis plusieurs cas où la gangrène et l'inflammation réparatrice ont amené des atrésies partielles, par la production de brides plus ou moins irrégulières. J'ai surpris deux fois les éléments formateurs de brides circulaires, qui ont pu ou qui pourront plus tard jeter du doute sur le mode de développement d'une atrésie que j'ai considérée comme inévitable, bien que les malades ne soient pas restées sous mes yeux jusqu'au moment de la cicatrisation.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une fille de seize ans, qui accoucha à la Maternité. Le travail fut long, se termina néanmoins naturellement, bien qu'il se fît presque complétement à sec. Une portion de vagin, très-près de la vulve, résista assez longtemps, présentant la forme d'un bourrelet circulaire, que je pris pour le col utérin abaissé; enfin la tête parut à la vulve et se dégagea; au bout de quelques jours, il se détacha une portion considérable de muqueuse, sous forme d'un manchon de près de trois centimètres de longueur, occupant très-régulièrement et très-exactement toute la circonférence du vagin.

Chez une petite fille de onze ans, des tentatives criminelles amenèrent une inflammation traumatique vaginale des plus intenses, la membrane hymen gonflée, rouge, faisait saillie à la vulve, et se gangréna dans les deux tiers internes de son étendue, laissant un anneau circulaire enchâssé dans l'épaisseur du vagin, siége lui-même d'une inflammation suppurative, éliminative et réparatrice, qui a bien pu consécutivement amener la formation d'une bride circulaire au même lieu, plus résistante que la membrane hymen normale.

M. le docteur Tavernier, qui fut appelé pour constater ce fait, au point de vue de la médecine légale, observa avec moi cette altération et pensa même un moment, tant l'inflammation et l'engorgement des parois vaginales étaient considérables, qu'il s'agissait d'un prolapsus utérin; une inspection plus attentive, et le toucher pratiqué avec soin et ménagement nous éclairèrent plus complétement, et nous permirent d'affirmer que l'utérus n'était pour rien dans ce désordre.

L'atrésie vulvaire ou superficielle est la plus fréquente, souvent c'est un vice de conformation congénitale; son interprétation n'ayant

pas jusqu'ici été convenablement donnée, il m'a paru utile de vous communiquer ce résultat de mes recherches.

Sur dix cas d'atrésie vulvaire que j'ai observés attentivement au point de vue du siége immédiat do l'oblitération, neuf fois les petites lèvres étaient l'élément oblitérateur, une fois les grandes lèvres; dans ce cas, l'atrésie était le résultat d'une brûlure, dont la cicatrisation n'avait pas été surveillée avec soin. L'adhésion, qui était assez régulière, comprenait la partie muqueuse des grandes lèvres, sur une longueur de plus de deux centimètres; une incision avec un bistouri étroit conduit sur une sonde cannelée, passée au-dessous, et dos pansements isolants firent justice de cette cicatrisation vicieuse.

Dans les neuf autres cas, la réunion des petites lèvres, à divers degrés, était l'élément unique de l'oblitération, qui était complète pour le vagin, mais constamment incomplète pour le canal de l'urètre.

La plus jeune de ces enfants était âgée de quelques jours; la plus âgée avait sept ans. Chez la plupart, l'émission des urines était la fonction essentiellement troublée : le jet perdait de sa force, se divisait, et se brisait contre la face postérieure de la membrane; chez quelques-unes, la marche favorisait ce trouble fonctionnel, qui, chez la plupart, n'avait pas été reconnu immédiatement après la naissance.

Chez toutes, moins deux, une incision simple, avec un bistouri conduit sur la sonde cannelée ou des petits ciseaux allongés, suffit pour détruire l'atrésie congénitale; de petites bandelettes de linge enduites de collodion m'ont paru, appliquées de chaque côté, le meilleur pansement isolant, le plus sûr défensif contre le passage douloureux des urines. Dans les deux derniers exemplos que j'ai rencontrés, l'analogie m'a conduit à un traitement plus simple, et qui, je l'espère, restera comme thérapeutique rationnelle de ce genre de difformité.

Voici comment j'ai été conduit à la notion histologique de ce vice de conformation.

Ayant eu à opérer plusieurs cas de phimosis congénital chez les petits garçons, avec adhérence du prépuce au gland, je me suis aperçu (je parle du phimosis congénital, je le répète) que ces adhérences latérales au frein, circulaires à la base du gland, et sur la plus grande étendue de sa surface, ne résistaient point à un rebroussement fait avec une pression forte et ménagée, ayant le soin d'enduire préalablement d'huile les parties que l'on veut faire *désadhérer*, si l'on peut ainsi parler.

Appliquant ces données fournies par la théorie, et basées sur l'expérience, au traitement de l'atrésie vulvaire, par occlusion des petites lèvres, j'ai pu deux fois, sur deux opérations ainsi tentées, détruire l'adhérence médiane, en écartant chaque moitié de la membrane obturatrice avec les pouces appliqués de chaque côté, rétablir l'orifice dans son intégrité, sans tiraillement douloureux, sans écoulement sanguin, sans l'inflammation consécutive, qui avait lieu dans les cas même les plus simples opérés avec le bistouri et la sonde cannelée.

Je conclus, en disant que :

1° Le siége immédiat de l'occlusion vulvaire est presque toujours dans les petites lèvres ;

2° Ce qu'on a pris pour membrane hymen à un examen superficiel n'est, le plus souvent, qu'une adhérence des deux petites lèvres sur la ligne médiane, l'hymen étant situé plus profondément, et dans l'état normal;

3° Cette adhérence des petites lèvres a semblé, dans deux cas, n'être que la conséquence d'une juxtaposition tellement intime, analogue à la juxtaposition des surfaces observées en physique et étudiées au chapitre des *Phénomènes capillaires*, qu'on a pu voir là une *adhésion* organique, et la nécessité de la détruire avec l'instrument tranchant ;

4° Un écartement lent, fait avec des tractions ménagées et continues, a parfaitement réussi, dans les deux cas où il a été traité ; c'est un motif suffisant, quelque incertaine que puisse être la théorie, pour y revenir de nouveau dans la pratique ;

5° La méthode des *tractions*, ou du *décollement*, doit être substituée à celle des incisions pour la cure de l'atrésie vulvaire produite par l'adhérence des petites lèvres.

A. Bouchacourt,
Ex-chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouveaux faits a l'appui du traitement de la grenouillette par les injections iodées. — Importance du lavage préalable de la poche. — La grenouillette, malgré sa situation superficielle et son examen en apparence si facile, est une tumeur dont les pathologistes modernes n'ont pu encore déterminer la nature. La poche qui la constitue est-elle une simple ampliation du conduit de Whar-

ton oblitéré ? 2° ou bien la salive en s'accumulant perfore-t-elle son conduit excréteur et forme-t-elle une sorte de *diverticulum* se développant en forme de sac, semblable aux poches anévrysmales ? 3° Enfin la tumeur est-elle un kyste adventif complétement indépendant et n'ayant aucune communication avec le conduit excréteur de la glande sous-maxillaire? Les chirurgiens de la fin du siècle dernier, et même ceux du début de ce siècle, ont professé la première opinion et ils ont fourni quelques faits à l'appui de leur hypothèse. Aujourd'hui, celle de l'existence d'un kyste semble gagner chaque jour du terrain. La nature du liquide de la grenouillette, qui, le plus souvent, ne présente à l'analyse chimique aucun des caractères de la salive, puis les succès des injections iodées sont les causes principales de ce revirement d'opinion. On comprend, en effet, qu'en l'absence d'études anotomo-pathologiques, les résultats thérapeutiques viennent fournir leur part de démonstration.

Quelques faits dont nous avons été témoins dans les hôpitaux, et la lecture attentive de certaines observations consignées dans les annales de la science, témoignent à nos yeux que la grenouillette peut présenter les trois ordres de faits pathologiques que nous venons de rappeler ; ainsi s'expliquent les récidives qui se montrent après chacune des méthodes de traitement formulées. S'il est possible de reconnaître les cas très-rares dans lesquels la tumeur est le résultat de l'ampliation du canal de Wharton par l'ulcération de son orifice, l'inflammation de son conduit et l'existence d'une concrétion calcaire, il n'en est plus de même dans les deux autres cas, qui sont de beaucoup les plus nombreux. Dans l'incertitude où se trouve le praticien, c'est au procédé le plus simple et le plus inoffensif qu'il doit donner la préférence ; or, aucune méthode de traitement ne remplit mieux les indications posées par cette litigieuse maladie que l'emploi des injections iodées.

C'est à M. le docteur Bouchacourt qu'appartient le mérite d'avoir appliqué au traitement de la grenouillette la méthode des injections iodées. Son premier travail, inséré dans ce journal (*Bull. de Thérapeut.*, t. XXIV, p. 350), ne contenait qu'une seule observation; aussi ne fixa-t-il pas l'attention des chirurgiens. Il n'en fut pas de même de son deuxième Mémoire, publié deux années plus tard (t. XXXI, p. 354) : non-seulement notre savant collaborateur rapportait trois nouveaux exemples de grenouillette traitée avec succès par l'injection iodée, mais l'une des guérisons datait de trois années. Depuis, M. Maisonneuve est venu citer à la Société de chirurgie une nouvelle observation, et M. le docteur Borelli en a pu-

blié six autres, dont cinq suivies de succès, dans la Gazette médicale des Etats Sardes.

Nous empruntons à un rapport lu à la Société de médecine, par M. le docteur Ad. Richard, chirurgien des hôpitaux, une nouvelle série de faits qui viennent enfin fixer la valeur de ce mode thérapeutique, au moins dans la forme kystique de la maladie. Après avoir rappelé l'historique de l'emploi des injections iodées dans la grenouillette, notre collaborateur poursuit :

Pendant que les recueils de médecine n'appelaient que de loin en loin l'attention sur le traitement de la grenouillette par injection, cette méthode était assez largement expérimentée dans un des hôpitaux de Paris, à Saint-Antoine, par les mains d'Auguste Bérard. Je tiens de M. Nélaton qu'A. Bérard traita ainsi un assez bon nombre de grenouillettes, mais qu'il échoua le plus souvent. Aussi, dans les commencements de sa pratique, M. Nélaton employait tout, excepté l'injection ; il avait fini par s'arrêter au séton, malgré ses inconvénients, dont le principal est l'odeur infecte qu'il provoque. Et cependant, l'insuccès était encore la règle, et, de guerre lasse, M. Nélaton revint à la pratique d'A. Bérard. Devant de nouveaux insuccès, il allait définitivement renoncer à cette méthode, quand, essayant de se rendre compte de son infidélité, il crut en trouver la cause dans l'extrême viscosité du liquide de la ranule qui, après l'évacuation, continue à tapisser la face interne du kyste, et s'oppose ainsi à l'action modificatrice du liquide irritant. Comment lever cette difficulté? Par un lavage exact de la poche.

La suite a montré toute la justesse de ces prévisions. Dix opérations faites par l'injection iodée, précédée d'un lavage très-exact de la poche, donnèrent à M. Nélaton neuf guérisons radicales et une récidive.

Quelques-unes de ces observations se trouvent dans un mémoire inédit de M. Botrel, ancien interne de M. Nélaton. Ce mémoire avait été mis de côté pour moi par mon excellent maître, pour que que j'en pusse offrir le résumé à la Société de médecine. Malheureusement, il a été impossible de le retrouver. Je vous demande néanmoins de vous arrêter à ce remarquable résultat, de le considérer même comme la base la plus certaine de la question que j'esquisse en ce moment sous vos yeux. M. Denonvilliers, autre témoin des essais d'A. Bérard, pensa également à la ressource du lavage pour assurer le succès de l'injection, et ce perfectionnement est né des idées échangées entre ces deux professeurs. Il m'est heu-

reusement possible de vous citer les faits qui lui appartiennent : ils sont au nombre de trois.

Obs. I. Le premier opéré fut un petit jeune homme de quinze ans, amené de province par ses parents ; la tumeur avait un volume ordinaire. Après la ponction et l'évacuation bien complète, on lava à plusieurs reprises l'intérieur de la poche avec de l'eau tiède, et l'injection ne fut poussée qu'à la suite de ces précautions. Les choses se passèrent très-simplement, comme dans l'hydrocèle. Au bout de quatre ou cinq mois, l'enfant quitta Paris, guéri déjà depuis longtemps.

Obs. II. La deuxième observation est aussi complète que possible. Elle a en effet pour sujet une jeune fille âgée de seize ans, nommée Elisa Romain, fille de la concierge de la rue des Moulins, n° 21, maison qu'habite précisément M. le professeur Denonvilliers. L'opération date de quatre ans. L'enfant n'a pas été perdue de vue un seul instant depuis cette époque. Quand elle entra à l'hôpital Saint-Louis, elle portait depuis six mois une grenouillette de la grosseur d'un œuf de poule, soulevant le plancher buccal sur le milieu et un peu à droite. La ponction fut faite avec un trocart ordinaire à hydrocèle. Le liquide sortit avec peine, comme il arrive toujours en pareil cas, non-seulement à cause de sa viscosité, du peu d'ampleur de la poche, mais aussi parce que l'écoulement se produit surtout entre la canule et la plaie du trocart. L'issue complète du liquide fut aidée par un lavage répété L'injection médicatrice consista dans le mélange iodé aux deux tiers, et la poche remplie fut malaxée avec soin. On ne laissa écouler du liquide iodé que ce qui ressortit sans pression par la canule. Le gonflement qui succéda à l'opération fut assez notable, bien que la douleur demeurât presque nulle. La résolution ne commença qu'au bout de trois semaines, et elle était à peu près achevée quand l'enfant quitta l'hôpital. Néanmoins, un certain degré d'empâtement persista assez longtemps ; et plusieurs fois, à la gêne éprouvée, à un peu de tuméfaction, à quelques symptômes fébriles légers, on put craindre une récidive. Quoi qu'il en soit, la guérison fut maintenue, et elle est aujourd'hui parfaite. — J'ai vu tout dernièrement cette jeune fille ; le plancher sous-lingual est décoloré, comme lavé ; à part cela, aucune trace de tumeur.

Obs. III. Dans cette troisième observation de M. Denonvilliers, il s'agit d'un petit collégien de douze ans, nommé P..., demeurant chez son père, passage Saulnier, qui fut opéré cinq mois après la petite fille dont il vient d'être parlé. C'était un enfant lymphatique, portant quelques engorgements ganglionnaires sous la mâchoire, et chez lequel la grenouillette, surtout saillante à gauche, avait paru très-lentement. L'opération fut pratiquée au pavillon Gabrielle de l'hôpital Saint-Louis. Les choses se passèrent comme dans les cas précédents, et l'on put croire à une guérison.

Au bout de dix mois, le père ramena l'enfant avec sa tumeur récidivée. Cette fois, M. Denonvilliers, qui préfère dans l'hydrocèle le vin à l'iode, répéta l'opération pratiquée, mais en substituant le vin à la teinture iodée. La guérison fut parfaite, et les promesses du père furent telles que si l'enfant n'a pas été ramené, c'est que le succès ne s'est point démenti.

Avant de vous faire connaître les observations qui me sont propres, je dois placer ici deux faits qui m'ont été communiqués par notre collègue M. Boinet, et qui, non encore publiés, se trouvent mentionnés dans son excellent Traité d'iodothérapie.

Obs. IV. *Grenouillette de la grosseur d'un œuf de perdrix. — Le 7 février 1855, injection de 4 ou 5 grammes, peut-être 6 grammes de teinture pure d'iode, avec addition d'iodure de potassium. — Reçu une lettre le 1er mars ; guérison.* — Un jeune homme de dix-neuf ans, de la province, se présenta à ma consultation pour avoir mon avis sur une tumeur qu'il a dans la bouche depuis longtemps, tumeur de la grosseur d'un œuf de perdrix, placée sur le côté gauche de la langue. Je diagnostique une grenouillette, à son siége, sa coloration, son élasticité, sa fluctuation. — Le malade ne peut rester à Paris. Je propose de l'opérer sur-le-champ, lui affirmant qu'il n'y a aucun danger. Ma proposition est acceptée. Avec un gros trocart explorateur, je ponctionne la tumeur; un liquide épais, visqueux, s'écoule aussitôt ; ce liquide, mis dans une cuiller d'argent sur le feu, se coagule. Un stylet creux, celui dont je me sers pour la fistule, est introduit par la canule qu'il remplace. Environ 5 ou 6 grammes de teinture d'iode sont injectés et laissés en grande partie. Opération médiocrement douloureuse. Le malade promet de me donner de ses nouvelles.

Obs. V. Une jeune femme de chambre, de vingt ans, souffre en mâchant ses aliments, est gênée en parlant. A l'inspection de sa bouche je reconnais sous la langue, du côté droit, une tumeur de la grosseur du pouce, qui n'est autre chose qu'une grenouillette. Ponctions avec un gros trocart explorateur. Le 11 juin 1848, injections de 4 ou 5 grammes de teinture d'iode pure ; opération peu douloureuse.

Revue le 20 juin : elle a éprouvé, après l'opération du gonflement du côté droit de la langue, une douleur supportable, et ne pouvait manger que du potage ; point de fièvre; elle n'a pas cessé ses occupations. Au bout de quatre ou cinq jours, diminution du gonflement, amélioration sensible, espoir de guérison. Le 20, noyau dur à la place de la tumeur, qui est comme un haricot, peu de douleur, toutes les fonctions buccales se font bien. Il est convenu que si la malade éprouve quelque chose de nouveau elle reviendra; elle n'est pas revenue.

Vous voyez que les opérés de notre collègue M. Boinet n'ont pas été suivis très-longtemps. La même lacune se retrouve chez l'un de mes quatre opérés, dont voici brièvement l'histoire.

Obs. VI. Il y a trois ans, un jeune homme d'une vingtaine d'années, commis, entra au n° 15 de la salle Saint-Augustin (hôpital Saint-Louis), dans le service où je suppléais alors M. le professeur Malgaigne. La grenouillette, située à gauche, avait un volume assez considérable ; le malade la portait depuis longtemps, et s'en trouvait sérieusement incommodé, surtout pour la prononciation. M. Denonvilliers eut la bonté de m'assister pour cette opération. Elle consista dans l'évacuation, au moyen d'un gros trocart, le lavage minutieux de la poche par un courant d'eau tiède, et l'injection d'un mélange iodé assez mal dosé, mais où prédominait la teinture d'iode. L'injection fut même répétée deux fois. Ce qui me frappa dans les suites de cette opération, ce fut l'absence absolue de douleurs et même de sensibilité dans la tumour, qui se reproduisit ; ce fut aussi la promptitude de sa résolution, que nous vîmes survenir le sixième ou le septième jour. Naturellement, le malade ne voulut pas rester dans le service. Il revint deux fois à la consultation, et la dernière, il ne restait plus trace de sa grenouillette. Occupé aux abords de l'hôpital, il avait bien promis de revenir si le succès se démentait.

Obs. VII. J'aurais moins de confiance dans ma deuxième observation ; car le

petit malade no fut revu qu'une seule fois. C'était un apprenti peintre en bâtiments, de quatorze à quinze ans, offrant sous le milieu de la langue une très-petite grenouillette. Il se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Une ponction par un trocart explorateur n'amena point de liquide; j'ouvris alors avec la pointe d'une lancette et vidai exactement la petite poche, au moyen d'une pression assez forte; puis, par l'ouverture, j'injectai un peu de teinture d'iode pure, maintenant l'injection avec le bec de la seringue. Un verre d'eau froide était preparé pour le moment où celle-ci serait retirée, mais il ressortit très-peu d'iode. L'enfant se représenta trois jours après avec la tumeur reproduite, mais non douloureuse; il m'avait bien promis de revenir. Je ne l'ai plus revu.

Obs. VIII. Dans le milieu de l'année 1854, à l'hôpital Saint-Antoine, uno petite fille de six à huit ans me fut amenée pour une grenouillette. Je l'ouvris à la lancette, la pressai fortement pour la vider et l'injectai à la teinture d'iode pure. L'enfant, qui m'était amenée de Charonne, me fut représentée quinze jours après; il ne restait plus qu'un très-petit noyau. Deux mois environ après l'opération, au moment où je sortais de l'hôpital, je revis la petite fille qui revenait pour une adénite sous-maxillaire. Je constatai l'entière guérison de la grenouillette et ne l'ai pas revue depuis.

Obs. IX. Une femme d'une quarantaine d'années vint, au mois de juillet 1854, à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine. Elle portait à droite une grenouillette volumineuse et remarquable par son allongement transversal; cette tumeur avait mis trois mois à se développer. Malgré ce peu de temps, le liquide qu'elle renfermait avait une tello consistance, qu'une ouverture par la lancette n'en chassa qu'une quantité insignifiante. J'ouvris largement, dans une étendue de 3 centimètres, et le contenu presque gélatineux s'échappa d'une seule masse. C'était l'époque où je traitais un grand nombre d'hydrocèles par l'injection alcoolique. Après avoir lavé la poche à grande eau et abstergé sa face interne avec un pinceau, j'introduisis par l'incision le bec d'une petite seringue pleine d'alcool, ramassant autour do l'ajutage de l'instrument les lèvres de l'incision à l'aide d'une pince à coulant tenue par l'un de mes internes, M. Letellier. La cavité étant ainsi refermée, je poussai le liquide et le maintins assez longtemps, puis recommençai de même une deuxième injection. Alors je passai deux fils pour fermer la plaie et les coupai à ras; l'opérée retourna chez elle et nous revint très-exactement. Le troisième jour, la poche était enflée et douloureuse, les fils furent retirés, les lèvres de l'incision n'étaient pas entièrement réunies; le cinquième ou sixième jour, la plaie était entr'ouverte, il y avait un peu de suppuration, mais celle-ci était loin d'avoir envahi la poche entière (1). Jusque-là la gêne de la respiration avait été considérable; mais, dès ce moment, la tumeur cessa d'être douloureuse; elle diminua graduellement, et au bout d'un mois la guérison était parfaite. Pendant les vacances, cette malade me vint retrouver à l'hôpital; à la place de la tumeur opérée à droite, on sentait un petit noyau du volume d'un pois attaché à la muqueuse par une petite saillie végétante, trace de l'incision. Mais à gauche, une nouvelle grenouillette commençait de la grosseur du bout du pouce. Je proposai l'opération à cette femme, qui l'ajourna, et bientôt après je quittai l'hôpital.

(1) Résultat bien remarquable analogue à ce que l'on observe sur un bon nombre de kystes largement ouverts et touchés à leur face interne avec le crayon. La poche se gonfle, un peu de suppuration survient; mais la plus grande partie de la réparation serait sans production de pus.

Je crois que vous n'hésiterez pas plus que moi sur la conclusion pratique des faits que je vous ai rapidement soumis. On serait déjà porté à opérer les kystes sublinguaux par l'injection, dût celle-ci faire courir le risque de la récidive, en considérant le peu de douleur, le peu d'effroi, le peu de danger qu'elle provoque, en lui comparant aussi les autres moyens proposés, qui, plus radicaux en apparence, reposent sur des manœuvres douloureuses et délicates, et laissent place à la même incertitude dans le résultat. C'est, en effet, à cette nécessité logique qu'ont obéi MM. Nélaton et Denonvilliers, en revenant à l'injection, malgré les insuccès qu'ils avaient constatés dans le service d'A. Bérard. Heureusement, ces deux éminents chirurgiens ont doté la méthode d'un perfectionnement auquel les succès les plus solides paraissent dus, et qui me semble consacrer définitivement ce point de thérapeutique. Rappelez-vous les neuf succès sur dix opérations de M. Nélaton, les trois de M. Denonvilliers, enfin les deux qui me sont propres, et peut-être partagerez-vous l'espoir que j'émets ici.

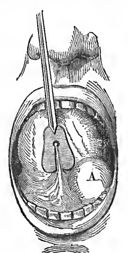
En résumé, laissons parler l'expérience sans discuter longuement, et disons que l'injection dans les grenouillettes, précédée d'un lavage bien exact de la poche, doit être le moyen de traitement par excellence de cette affection. Ceci dit, que chaque opérateur choisisse son liquide, eau iodée, teinture d'iode pure, vin, alcool, car ce dernier point est le très-petit côté de la question.

Je viens de formuler devant vous le véritable objet de ce rapport. Permettez-moi, en terminant, de toucher un point accessoire, et malheureusement en avouant notre impuissance pour le résoudre. Vous réuniriez environ vingt-cinq faits de ceux que je vous si rapidement cités. Sans doute il y a eu, et surtout il a dû y avoir un assez bon nombre de récidives, car vous savez que plusieurs n'ont point été suivis, et les faits d'A. Bérard, les premiers de M. Nélaton, ceux de M. Jobert, d'autres de M. Velpeau, nous enseignent que l'injection pure et simple est souvent suivie d'insuccès. Mais je fixe votre intention sur ce point, que chez nos vingt-cinq malades la poche a disparu, ou d'une façon définitive, ou au moins pendant quelque temps.

Voilà une expérimentation, presque une vivisection bien précieuse dans l'histoire de la grenouillette. Pouvez-vous croire qu'il s'agisse de la dilatation du canal de Wharton dans des cas pareils? Cela est impossible; car nous ne verrions pas un canal excréteur s'oblitérer ainsi, surtout sans qu'il arrive rien du côté de la glande sous-maxillaire. Dieu me garde de vouloir reprendre devant vous

l'éternelle discussion sur le siége de la grenouillette; mais je ne sache pas de meilleure preuve que la substance même de ce rapport pour démontrer la proposition suivante : dans l'immense majorité des cas, la grenouillette est étrangère au canal de Wharton. Quel est son siége habituel? Pour ma part, je l'ignore entièrement; mais, tout en regrettant cette lacune, qui certes un jour sera comblée, je termine en disant, pour nous consoler, qu'il vaut mieux être fixé sur son traitement que sur son anatomie.

Cautérisations répétées comme moyen d'assurer le succès du procédé d'excision appliqué au traitement de la grenouillette. — Pendant que M. Ad. Richard mettait en relief devant la Société de médecine la valeur des injections iodées, et surtout insistait sur les avantages du lavage préalable de la poche pour assurer le résultat thérapeutique, M. Gosselin, dans une de ses conférences cliniques à l'hôpital Cochin, signalait plusieurs accidents, qui quelquefois viennent faire échouer cette méthode. Lorsque le liquide contenu dans le kyste A présente une viscosité trop grande pour s'écouler librement par la canule du trocart, la quantité d'eau qu'on est forcé de faire pénétrer pour en faciliter la sortie distend outre mesure la tumeur, et pour peu qu'un des points de la paroi se trouve aminci, il ne peut résister à la distension, et se perfore. Lors donc qu'on vient à injecter la teinture d'iode, elle sort par l'ouverture accidentelle et s'épanche dans la bouche, où son passage détermine des sensations très-désagréables pour l'opéré. Un second accident plus sérieux encore est la suppuration du kyste, dont M. Gosselin dit avoir été également témoin dans sa pratique avec l'emploi des injections iodées. Ces fâcheux résultats ne paraissent pas se produire souvent, puisque ni M. Ad. Richard, ni M. Bouchacourt, n'en font la mention. Cependant comme ils se sont produits dans la pratique d'un chirurgien aussi habile que M. Gosselin, nous ne pouvons les passer sous silence. Quoique le chirurgien de Cochin soit aussi de ceux qui admettent l'existence d'un kyste adventif, pour les motifs que nous venons



de rappeler, il donne la préférence au procédé ancien de l'excision. Si ce procédé échoue trop souvent, cela tient à ce qu'on n'a pas bien saisi l'indication et qu'on laisse l'ouverture se fermer avant que la cavité du kyste ait eu le temps de disparaître par l'adhérence de ses parois. Pour assurer ce résultat, il importe d'intervenir chaque jour, tant pour entretenir l'ouverture que pour exciter le retrait du kyste. Après avoir pratiqué l'excision d'une partie des parois de la grenouillette, suivant le précepte de Boyer, M. Gosselin cautérise la cavité avec le crayon de nitrate d'argent. Le lendemain, il introduit un stylet pour rouvrir la plaie, qui, comme toutes les solutions de continuité de la cavité buccale, a une grande tendance à se fermer; le surlendemain, il cautérise de nouveau le kyste; le troisième ou quatrième jour, il agrandit l'ouverture devenue trop étroite, et les jours suivants, il cautérise encore. Après dix ou douze jours de ces soins assidus, si l'introduction du stylet fait reconnaître que la cavité est oblitérée, il abandonne l'ouverture à elle-même ; s'il constate un trajet d'une certaine longueur, il agrandit de nouveau l'orifice avec des ciseaux. Rarement cette intervention assidue doit être poursuivie au delà de quinze jours ; après ce laps de temps, la cavité du kyste étant complétement effacée, on laisse l'ouverture se fermer, sans aucune crainte de récidive. Parmi les divers malades que M. Gosselin a opérés par ce procédé, il a pu en suivre trois pendant plusieurs années , et la guérison ne s'est pas démentie.

Faisant allusion aux nombreux traitements de la grenouillette, M. Gosselin disait au début de sa leçon que si l'on mesurait la certitude de la guérison au nombre des moyens employés pour la combattre, la part de cette maladie serait fort belle. Nous ajouterons que s'il est loin d'en être ainsi, le résultat tient moins à notre ignorance de la nature de la maladie qu'à la négligence des auteurs à insister sur l'indication spéciale à remplir, pour donner à chaque procédé toute sa valeur thérapeutique. M. Ad. Richard, en signalant l'importance du lavage de la poche kystique avant de pratiquer l'injection iodée, et M. Gosselin, en montrant la nécessité de maintenir l'ouverture du kyste après l'excision, ont fourni chacun la clef des procédés qu'ils préconisent comme traitement de la grenouillette.

De la valeur du liséré violacé des gencives comme signe de l'intoxication saturnine. — Une discussion qui a eu lieu récemment au sein de la Société médicale des hôpitaux de Paris a eu pour résultat de fixer d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'ici la valeur du liséré des gencives comme signe de l'intoxication sa-

turnine. Nul doute que ce liséré, lorsqu'il est bien caractérisé, n'indique la présence d'une certaine quantité de substance plombique à la surface des gencives et des dents ; nul doute, par conséquent, que ce liséré n'ait une grande utilité, lorsqu'il existe, pour fixer le médecin relativement à la possibilité d'une intoxication saturnine ; mais ce signe doit-il être considéré comme indiquant nécessairement cette intoxication, et peut-on conclure de son absence que l'intoxication saturnine n'existe pas ? Telles sont les questions qui ont été agitées dans la Société des hôpitaux, et dont la solution aura pour résultat de redresser les idées erronées de quelques personnes touchant la valeur prétendue pathognomonique de ce liséré.

Il s'agissait d'un de ces cas de colique végétale, de cette affection bizarre observée surtout dans les pays chauds, et dont la ressemblance est trop grande, soit comme phénomènes primitifs, soit comme phénomènes consécutifs, avec la colique de plomb, pour que l'on ne soit pas tenté d'établir entre elles un rapprochement voisin de l'identité. M. Vigla, qui communiquait ce fait, insistait sur la présence du liséré violacé des gencives, comme appartenant à l'intoxication saturnine et comme pouvant faire penser à cette intoxication. De nouveaux renseignements permirent, en effet, à M. Vigla de prouver que son malade avait été empoisonné par le plomb ; il avait couché dans des chambres récemment peintes, et bien que ce soit là une cause peu fréquente d'intoxication saturnine, il est impossible de la nier, lorsque des expériences directes ont montré, comme l'a fait remarquer M. Guérard, que l'air recueilli dans une chambre récemment peinte avec le blanc de plomb produit, dans l'acide sulfhydrique, un précipite notable de sulfure de plomb ; quand on songe d'ailleurs combien il faut peu de plomb pour produire des accidents graves chez certaines personnes, et par combien de voies diverses et souvent étranges peut s'opérer l'introduction des matériaux plombiques.

La discussion a été portée sur un autre terrain par M. Aran, qui a communiqué deux faits de colique de plomb, observés à la suite de lavements d'acétate de plomb (1 gr. 50 c. par quart de lavement), administrés dans des cas de diarrhée et de dyssenterie. Or, ces deux malades, chez lesquels les accidents, sans être graves, étaient cependant bien caractérisés, n'offraient pas l'ombre du liséré violacé des gencives. Sans vouloir nier l'utilité du liséré violacé des gencives, au point de vue du diagnostic, M. Aran en a conclu que ce liséré n'est pas, à beaucoup près, un symptôme indispensable de l'intoxication, que sa présence est en rapport avec la voie par laquelle s'est faite

l'introduction du plomb, qu'il existe lorsque les voies digestives supérieures se sont trouvées en rapport avec des poussières ou des substances plombiques, tandis qu'il manque toutes les fois que l'introduction du plomb dans l'économie a eu lieu par une autre voie. M. Aran a fait remarquer, d'autre part, que le liséré existe chez presque tous les ouvriers en rapport avec les préparations saturnines, qu'ils présentent ou non des accidents saturnins.

Les deux faits communiqués par M. Aran ont engagé plusieurs personnes, et, en particulier, M. Behier, à communiquer des faits analogues. Dans l'un des faits de M. Béhier, l'intoxication a eu lieu à la suite de l'application de compresses trempées dans l'eau blanche, sur un côté de la poitrine sur lequel avait eu lieu la veille l'application de plusieurs sangsues; et, dans un autre, un lavement avec quelques gouttes d'eau blanche fut suivi d'accidents très-intenses de colique de plomb. Or, les deux malades examinés avec soin, sous ce rapport, ne présentaient pas le liséré caractéristique. Nouvelle preuve que l'absence de ce liséré ne suffit pas pour nier une intoxication saturnine! Mais dans tous ces cas, et c'est sur ce point que nous tenons à insister, les accidents ont été sans gravité véritable et ont cédé facilement au traitement, de sorte que nous ne saurions en déduire l'exclusion absolue des préparations saturnines de la thérapeutique. N'avons-nous pas vu, au contraire, M. Barthez donner le sous-acétate de plomb à des doses énormes de 15 à 30 gr. en lavements contre la diarrhée et la dyssenterie, et ce médecin n'a-t-il pas affirmé à la Société médicale des hôpitaux qu'il était encore à voir un accident sur plusieurs milliers de militaires qu'il avait traités de cette manière?

Les préparations saturnines resteront donc dans la thérapeutique, mais le médecin en suivra l'administration avec soin, prêt à intervenir dès que les premiers accidents dénoteront l'intoxication; bien convaincu, d'un autre côté, qu'une intoxication même profonde peut exister sans le liséré dit caractéristique, de même que ce liséré, lorsqu'il existe, n'indique pas rigoureusement l'intoxication. Liséré violacé des gencives et contact des dents et des gencives avec une préparation saturnine sont donc deux termes synonymes; ce liséré indique la possibilité d'une intoxication, il n'en est ni la condition indispensable ni l'indication certaine.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amputation *de la cuisse* (*De la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'*). Cette grande question de la chirurgie des champs de bataille est loin encore d'être tranchée; aussi M. Baudens, pendant son inspection du service sanitaire de l'armée de Crimée, s'est-il empressé de recueillir l'opinion de tous les médecins chefs d'ambulance. Le résultat de cette enquête a été en faveur de la désarticulation du genou, toutes les fois qu'il n'est pas possible d'amputer la jambe au-dessous de la rotule. Il est en effet incontestable que la désarticulation du genou réussit, dans un nombre de cas donnés, plus souvent que l'amputation de la cuisse, même au tiers inférieur, mais l'amputation du genou doit être préférée à celle de la cuisse, à une condition expresse, à savoir qu'elle sera faite immédiatement, c'est-à-dire dans les premiers moments qui suivent la blessure. Consécutivement, l'amputation de la cuisse devrait avoir la préférence. Cette seconde opinion concorde de tout point, ajoute M. Baudens, avec ce qu'il a observé au Val-de-Grâce pendant les dix années qu'il a été placé à la tête de ce grand hôpital. Les beaux résultats de désarticulation du genou qu'il a consignés spécialement dans sa clinique des plaies d'armes à feu ont été obtenus en campagne sur des militaires qui venaient d'être atteints par le plomb de l'ennemi. La différence des succès dus à la désarticulation du genou tient, suivant ce chirurgien, à ce que, même dans l'état de santé, le volume des os n'est pas en harmonie parfaite avec la quantité des parties molles, et la disproportion devient plus grande encore quand le malade a perdu de son embonpoint, par suite de souffrances prolongées et d'abondantes suppurations. Aussi, comme procédé opératoire, M. Baudens rappelle celui qu'il a créé, qui consiste à tailler un demi-lambeau antérieur, avec conservation d'un gros trousseau de muscles pour masquer en arrière l'échancrure intercondyloïdienne du fémur. L'immense avantage que cette désarticulation présente sur l'amputation de la cuisse, dit un bon juge en pareille matière, M. le professeur Malgaigne, c'est qu'elle conserve aux amputés le libre jeu du sens de l'articulation coxo-fémorale. C'est donc encore une de ces opérations trop légèrement condamnées. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, décembre 1855.)

Angine couenneuse (*Emploi du fer rouge et du cautère Mayor dans le traitement de l'*). Les diverses épidémies d'angine couenneuse observées sur plusieurs points de la France ont conduit les médecins à tenter des moyens nouveaux, en présence de l'insuccès trop fréquent des anciens. Nous avons vu que les alcalins n'avaient pas réuni un très-grand nombre de suffrages; nous ne pouvons dire si les deux traitements dont nous voulons parler aujourd'hui réuniront un assentiment plus général et plus durable. A vrai dire cependant, il n'y a dans ces deux traitements rien de contraire aux idées généralement acceptées. C'est toujours la cautérisation, mais la cautérisation pratiquée par M. Valentin, de Vitry-le-Français, avec un petit cautère rougi à blanc, dont l'extrémité en olive et légèrement recourbée est portée sur les points malades, après avoir eu la précaution d'abaisser et de garantir la langue avec une spatule de bois le plus souvent improvisée; mais la cautérisation pratiquée par M. Danvin, de Saint-Pol, avec le cautère Mayor, c'est-à-dire avec une boule de fer de 2 centimètres de diamètre, parfaitement polie, parce que les corps métalliques polis rayonnent peu, soutenue par une tige également de fer, longue de 11 centimètres environ, épaisse de 8 millimètres, solidement fixée par son extrémité dans un manche de bois; le cautère est plongé quelques minutes dans de l'eau bouillante additionnée de sel, et la tige métallique est entourée de laine jusqu'à l'extrémité formant corps avec la boule terminale; la langue est abaissée avec une large spatule de bois, et le cautère est promené en différents sens au fond de la gorge. Ces deux opérations paraissent peu douloureuses; mais quelques heures après, les symptômes de la brûlure se développent: gonflement des amygdales, déglutition difficile ou impossible, signes d'une réaction franche, qu'il faut combattre par des adoucissants et même par des antiphlogistiques, mais qui cèdent ordinairement après vingt-quatr

ou quarante-huit heures. On nettoie la gorge avec soin des escarres et des fausses membranes, et on procède le lendemain ou les jours suivants à des cautérisations partielles, pour lesquelles les moyens ordinaires suffisent; il faut seulement se garder de prendre pour une production nouvelle les escarres déterminées par la cautérisation elle-même. Quant aux résultats définitifs, ils auraient été très-favorables; M. Danvin aurait obtenu, par exemple, quatorze succès sur dix-sept cas. Malheureusement, c'est après des insuccès multipliés que MM. Valentin et Danvin ont eu recours à leur cautérisation transcurrente, et il reste à se demander par conséquent si l'épidémie n'était pas parvenue à cette période de déclin si favorable à toutes les méthodes thérapeutiques. Il nous semble en effet qu'il n'y a pas une assez grande différence entre la cautérisation actuelle et la cautérisation potentielle pour expliquer des différences aussi grandes dans les résultats. (*Union médicale*, septembre et novembre.)

Apepsie *ou absence de digestion chez les enfants, et de son traitement par la pepsine.* Parmi les causes de la diarrhée, il en est une sur laquelle l'attention des praticiens ne s'est pas assez fixée, celle qui est consécutive à la non-digestion des matières ingérées. Les aliments jouent alors le rôle de corps étranger, provoquent un flux intestinal, qui, s'ajoutant à la non-réparation du sujet, amène une anémie et finit par jeter le malade dans un danger réel. Cette cause n'avait pas échappé à la sagacité des anciens médecins, qui l'avaient dénommée, ainsi que nous l'avons rappelé dans un récent article, diarrhée par cause stomacale. C'est surtout dans l'enfance que cette affection s'observe. Rien de plus fréquent que de voir de jeunes enfants, doués d'un appétit vorace, consommant des quantités considérables d'aliments, et cependant bien loin de présenter une force et un embonpoint en rapport avec la quantité ingérée. L'estomac accepte, sans la rejeter, l'alimentation exagérée que donnent les parents, et les seuls symptômes qui traduisent au début cette non-digestion sont la diarrhée et les flatuosités; aussi le ventre de ces enfants est-il toujours très-volumineux. Cette cause morbide, due au défaut de sécrétion du suc gastrique, est trop fréquente pour n'avoir pas fixé l'attention des pathologistes qui se vouent à l'étude des maladies de l'enfance, mais son traitement était loin d'être encore formulé. Les moyens thérapeutiques manquent, car ils doivent être toujours en rapport avec l'intensité du mal contre lequel ils sont employés; aussi M. Barthez s'est-il empressé d'expérimenter, dans ces cas de digestion incomplète, l'emploi de la pepsine. Les bons effets qu'il a obtenus lui ont fourni l'occasion d'un article intéressant. Dans la scène pathologique que nous venons de décrire, la diarrhée n'est qu'un symptôme. Aussi, se plaçant au point de vue étiologique, M. Barthez dénomme la maladie sous le nom d'apepsie ou non-digestion, et la classe au nombre des affections catarrhales du tube digestif. Ce qui nous intéresse spécialement, ce sont les faits qu'il produit dans cet article : ils sont au nombre de quatre. Le premier fait ayant été rapporté dans l'article que nous avons publié (tome XLIX, p. 513), nous nous dispensons de le reproduire. Dans le second, il s'agit d'un petit malade âgé de deux ans; sa diarrhée, avec lienterie, datait de sept à huit mois, malgré les modifications qu'on apportait à son régime. Lorsqu'il était mis au régime lacté, qu'il aimait passionnément, on retrouvait le lait caillé dans les évacuations; lorsqu'on lui donnait une nourriture plus substantielle, des potages et même de la viande et des haricots, la diarrhée, au lieu d'être liquide comme de l'eau, était mêlée de matières solides et d'aliments dont on reconnaissait parfaitement la nature. Le sous-nitrate de bismuth eut pour résultat de diminuer l'abondance de la liquidité des évacuations, mais sans diminuer la quantité des grumeaux de caséum. Cinq jours de traitement n'ayant amené aucune amélioration, M. Barthez prescrivit 1 gramme de pepsine neutre à prendre en deux fois au début de deux des repas. Dès le premier jour, la diarrhée diminua aussi bien que l'abondance du caséum; au bout de cinq jours, l'enfant digéra un peu de viande qui lui fut donnée à titre d'expérimentation; le quinzième jour, l'enfant était guéri et commençait à prendre de la coloration de la peau et de la fermeté des chairs. Nous nous bornerons à citer le sommaire des deux autres faits. Diarrhée par non-digestion des aliments datant, avec alternative de suspension, de deux mois chez un enfant de trois ans; guérison rapide par l'usage de la pep-

sine neutre; retour par suspension du remède; guérison complète en trois semaines, sans aucun changement dans l'alimentation. Enfin, la dernière observation a trait à une jeune fille de onze ans, chez laquelle la maladie datait de plusieurs mois et était compliquée de gastalgie et de lienterie, et qui fut guérie en quelques jours par l'emploi de la pepsine. Ces faits sont remarquables et ne laissent aucun doute sur l'action du nouveau médicament. Un de ses résultats les plus précieux, c'est d'amener une guérison rapide, sans condamner les petits malades à un régime sévère. « Lorsqu'une maladie résultant d'une mauvaise alimentation et durant depuis plusieurs mois, avec amaigrissement et presque cachexie, dit en terminant M. Barthez, est terminée par guérison en peu de jours, même sans changer l'alimentation vicieuse, et cela par quelque prise d'une poudre inoffensive, je ne puis m'empêcher d'estimer qu'un progrès réel a été accompli. » Ce jugement de l'habile médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, nous le partageons complétement. (*Union médicale*, janvier 1856.)

Chloroforme. *De son emploi dans la chirurgie militaire.* On se rappelle qu'après les événements de juin 1848, quelques-uns des chirurgiens de nos hôpitaux civils avaient cru devoir proscrire l'emploi du chloroforme dans les opérations nécessitées par les plaies d'armes à feu. Ce précepte, qui se trouve consigné dans les conclusions posées par la Société de chirurgie, a eu son retentissement, car les chirurgiens de l'armée sarde n'ont pas osé en faire usage pendant la campagne de Crimée. Il n'en a pas été de même dans l'armée française : M. Baudens, dans une note adressée à l'Institut, dit que le précieux agent anesthésique a été employé en Crimée sur plus de 25,000 blessés. Le médecin en chef, M. Scrive, dont le nom fait autorité et dont M. Baudens tient ce renseignement, lui a affirmé qu'il n'avait donné lieu à aucun accident. Il est vrai, ajoute le savant chirurgien, qu'il a été administré par nos confrères de l'armée avec une grande prudence et en ayant soin de ne jamais dépasser, avec intention, la période d'insensibilité. Un des grands avantages de l'emploi du chloroforme a été qu'il a permis de régulariser des plaies qui, en apparence fatalement mortelles, auraient réduit le chirurgien à l'impuissance, dans la crainte de provoquer de nouvelles et d'inutiles souffrances. Les blessures, ainsi régularisées, ont toujours eu pour résultat de diminuer la somme des douleurs et de procurer quelquefois des cures inespérées. M. Baudens en cite un exemple : c'est un éclat d'obus de plus de 2 kilog. qui a été retiré sous ses yeux, à l'ambulance de Sébastopol. Le projectile était logé en entier au tiers supérieur et externe de la cuisse droite; il était caché si bien qu'on n'en voyait aucune portion saillante au dehors. Le fémur était brisé en éclats, la commotion générale était extrême; on comprend, à la vue de cet énorme morceau de fer, toute la gravité de la lésion. Le chloroforme permit l'extraction du corps étranger et l'amputation ensuite, sans que le malade ait éprouvé la moindre souffrance, et avec des chances de guérison qui se continuent. De tels faits parlent plus haut que la critique, dit M. Baudens; il restait au chloroforme à faire ses preuves sur le champ de bataille, son triomphe a été complet. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, déc. 1855.)

Chorée *traitée avec succès par l'application d'attelles sur les membres.* Quelle est au juste l'influence de l'immobilité appliquée au traitement de la chorée? Voilà ce à quoi il serait fort difficile de répondre. Comment, en effet, immobiliser le système musculaire tout entier dans la chorée générale ? Mais ce qui n'est pas possible pour cette dernière ne pourrait-il pas l'être pour la chorée partielle, et de cette immobilité un peu continuée ne pourrait-il pas sortir une amélioration pour le malade? Telle est la question que s'est posée M. Monahan, et qu'il croit avoir résolue dans le sens favorable à l'immobilisation par le fait suivant. Il avait à traiter une veuve âgée de trente-quatre ans, qui avait été prise tout d'un coup, et sans symptômes précurseurs, d'un frisson entre les épaules et à la suite de mouvements involontaires dans les bras et dans les mains. A son entrée à l'hôpital, trois jours après, tremblements involontaires dans les bras, les mains et les doigts; avant-bras à demi fléchis, avec un peu de rigidité dans les muscles, ce qui obligeait à employer une certaine force pour étendre les doigts et les avant-bras; impossibilité de porter les mains sur un point donné et de saisir un objet quelconque; marche peu solide; les mouvements muscu-

laires involontaires étaient bornés aux extrémités supérieures; du reste, état général assez bon; les règles étaient en retard depuis deux mois. On essaya d'abord les inhalations de chloroforme, qui arrêtèrent les mouvements, mais l'influence de ces inhalations dissipée, l'agitation reparut. Alors on prescrivit des pilules de camphre et d'extrait de belladone; mais pas d'amélioration le lendemain, non plus qu'après une seconde tentative d'inhalation chloroformique. Ce fut alors que M. Monahan voulut essayer l'influence de l'immobilité : une attelle fut appliquée sur chaque membre supérieur, depuis les doigts jusqu'au milieu de la hauteur du bras, de manière à maintenir le membre dans l'extension. Dès le lendemain, c'est-à-dire après douze ou quinze heures, il n'y avait plus de mouvements involontaires et la malade pouvait, pour la première fois, manger sans aide; elle se plaignait d'un peu de sensibilité au tiers intérieur du biceps. Frictions sur les bras avec une pommade composée de chloroforme, 4 grammes; extrait de belladone, 2 grammes, pour 100 grammes d'axonge; continuer les pilules et réappliquer les attelles. Le troisième jour, on cessa les attelles, tout mouvement choréique avait disparu; il ne restait plus qu'un peu de faiblesse, qu'on combattit par une potion tonique au sulfate de quinine. Le dixième jour, la malade quittait l'hôpital en très-bon état. (*Dublin hosp. gaz.*, décembre.)

Diabète (*Sur les heureux effets de l'huile de foie de morue dans un cas de*). C'est surtout dans les maladies qui produisent, comme le diabète sucré, un amaigrissement considérable et une diminution très-marquée des forces, qu'on comprend parfaitement l'indication des médicaments véritablement analeptiques, comme l'huile de foie de morue. Ce qui importe dans beaucoup de cas de ce genre, c'est de réparer et de soutenir les forces des malades, et quel est le moyen dont l'influence peut être utilisée avec plus d'avantage que l'huile de foie de morue, dont l'action la mieux constatée est de pousser à une nutrition plus active, à l'engraissement? Le fait suivant, rapporté par M. Babington, rapproché de quelques autres analogues qui existent dans la science, semble de nature à confirmer cette espérance.

Ce médecin avait à donner des soins à un jeune homme de vingt ans, pâle, amaigri et très-faible, qui, depuis plusieurs mois, offrait une très grande augmentation dans la quantité de ses urines : soif très-vive, pas d'appétit, peau rude et sèche, pas de tendance à la transpiration. L'urine offrait une pesanteur spécifique de 1500, et le malade rendait près de 2,700 grammes d'urine fortement saccharine. Le traitement consista d'abord dans l'emploi d'une bonne alimentation, de l'eau de chaux et des ferrugineux; mais la quantité d'urines alla en augmentant, ainsi que leur pesanteur spécifique, et le malade, loin de prendre de l'embonpoint, allait toujours s'amaigrissant. Du 18 décembre au 25 avril, en quatre mois, le malade avait maigri de près de 6 livres, et la quantité d'urines avait presque doublé, 5 kilogrammes. M. Babington cessa les ferrugineux et commença l'huile de foie de morue, à la dose de 30 grammes, trois fois par jour. Dès le 20 mai, le malade rendait moins de 3 kilogrammes d'urine, avait regagné près de 5 livres. Le 20 juin, il avait recouvré à peu près son poids ancien. Le 30 août, il avait encore gagné une livre; il ne rendait plus que 2,900 grammes d'urine. Malheureusement, le malade se trouvant très-bien voulut quitter l'hôpital. Il y entra de nouveau le 19 octobre, dans un amaigrissement et une faiblesse extrêmes, portant tous les signes d'un ramollissement tuberculeux avec excavations, toux violente et expectoration purulente; la mort eut lieu deux jours après. — Ce fait est loin de prouver sans doute que l'huile de foie de morue est un spécifique contre le diabète; mais il n'en est pas moins vrai que, grâce à ses propriétés nutritives, l'huile de foie de morue est appelée à rendre de grands services dans les cas de ce genre, plus particulièrement, probablement chez les diabétiques parvenus à une période avancée et menacés de tuberculisation. (*Dublin J. of med.*, août.)

Fièvre typhoïde (*Emploi de l'huile essentielle de valériane dans la période de collapsus de la*) *et dans le delirium tremens*. Les praticiens ne le savent que trop ; autant la science est riche en moyens débilitants de toute sorte, autant elle est pauvre en moyens fortifiants, et surtout en moyens fortifiants dont l'action ait quelque durée. Trop souvent même, les toniques les plus énergiques sont

au-dessous de la tâche qu'ils ont à remplir. On ne pourrait donc qu'être reconnaissant aux médecins qui signaleraient des agents fortifiants suffisamment énergiques, et principalement des moyens fortifiants ayant sur le système nerveux une action régularisatrice. Au dire d'un médecin américain, M. Leasure, l'huile essentielle de valériane produirait ces précieuses propriétés. Donnée à la dose d'une goutte dans les cas les plus graves, d'une goutte toutes les deux ou trois heures dans les cas moins graves, ou lorsque les accidents diminuent, cette huile essentielle ramènerait les forces, relèverait la chaleur animale et l'appétit, calmerait les vomissements et la diarrhée, en excitant des sueurs très-abondantes et d'une odeur très-désagréable; les symptômes cérébraux en particulier seraient très-sensiblement modifiés, et M. Leasure dit n'avoir jamais observé de délire chez ses malades, même chez ceux qui ont succombé. M. Leasure ajoute que dans le cas de delirium tremens, le délire a cédé à l'huile essentielle de valériane, reparaissant aussitôt qu'on en cessait l'emploi. (*American Journal of med.*)

Névralgies (*Traitement des*) *par des injections narcotiques dans le tissu cellulaire*. Si nous ne savions combien il est difficile de faire passer dans la science et surtout dans la pratique les choses les plus simples et les plus utiles, nous exprimerions peut-être encore une fois de plus notre surprise que cette méthode si simple et si efficace de l'inoculation médicamenteuse, que nous devons à M. Lafargue, de Saint-Emilion, et que ce journal a eu la bonne fortune de faire connaître le premier, ne soit pas plus familière aux praticiens. M. Lafargue avait démontré en effet par ces inoculations que, sans ouvrir largement l'épiderme, par une petite effraction par conséquent, on peut introduire dans l'organisme, et en particulier dans la partie malade, une quantité suffisante de médicament pour modifier les propriétés sensibles et autres de cette partie, et par suite l'état morbide dont elle est le siége. Evidemment, entre la méthode de M. Lafargue et celle de M. Wood, dont nous avons à parler aujourd'hui, il n'y a pas grande différence; seulement M. Wood, pénétrant avec cette seringue à extrémité acérée employée pour l'injection du perchlorure de fer, a pu porter plus profondément, dans le tissu cellulaire, au voisinage des nerfs malades, une certaine quantité de substance médicamenteuse, probablement plus grande que celle que l'on introduit avec les simples inoculations; car les effets narcotiques, pour l'opium, par exemple, ont été plus marqués que dans les cas d'inoculation de morphine rapportés par M. Lafargue, ce dont nous avons été témoins nous-mêmes.

Comme jusqu'ici M. Wood n'a eu en vue que le traitement des névralgies, et surtout des névralgies rebelles, il a injecté avec la seringue, soit une solution de chlorhydrate de morphine, d'une force double de celle des préparations officinales, à la dose de 20 gouttes, soit la solution sédative de Battley, à la dose de 10 à 30 gouttes, suivant l'intensité des douleurs. Nous avons sous les yeux les neuf observations de M. Wood et les deux observations de M. Wright, et il résulte bien évidemment de ces faits que toutes les fois que l'affection névralgique avait une origine centripète, il y a eu du calme, sinon une guérison parfaite, et qu'en poursuivant la douleur par des injections successives de solution narcotique, on a fini par se rendre maître de la maladie, au moins dans ses manifestations les plus douloureuses. Ce qui reste à savoir cependant, c'est si la guérison est durable ou non, et à cet égard nous manquons de renseignements pour la plupart des observations de M. Wood, à part une ou deux; plus d'une de ces observations n'offre, du reste, qu'une amélioration sans guérison, même momentanée. Il n'en est pas moins vrai cependant que quelques-uns de ces faits sont remarquables par le grand soulagement qui a suivi cette pratique : des névralgies sciatiques rebelles, des névralgies dorso-intercostales, lombo-abdominales que rien n'avait calmées jusque-là, ont trouvé dans cette pratique un soulagement inattendu, et la plus intéressante de ces observations est certainement celle relative à une affection utérine avec névralgie lombo-abdominale intense; la névralgie avait survécu à l'affection utérine. Injection de 30 gouttes de solution sédative de Battley; vomissements, mais diminution dans la douleur. Nouvelles douleurs plusieurs mois après, mais du côté opposé; nouvelle injection de 30 gouttes que l'on répète trois jours après du côté opposé, vers lequel la douleur s'était reproduite. La malade se trouva mieux, quoique boitant toujours un peu. A-

joutons, pour ceux qui voudraient répéter ces expériences, que ces injections paraissent avoir été faites aujourd'hui sans inconvénient dans tous les points du corps, même à la face. Quant à l'opération elle-même, elle est de la plus grande simplicité, et la seringue mesure elle-même le nombre de gouttes de la solution que l'on introduit dans le tissu cellulaire (*Edinb. med. and surg. Journ.*, 1855.)

Phimosis. *Procédé de circoncision de M. Ricord.* Suivant M. le docteur Calvo, le procédé opératoire de l'habile chirurgien de l'hôpital du Midi n'aurait pas encore été exposé d'une manière exacte ; voici la description qu'il en donne : « Lorsqu'on veut pratiquer la circoncision, on trace avec une plume et de l'encre une ligne qui contourne le prépuce, en suivant la coupe ovalaire de la base du gland et à 7 ou 8 millimètres de sa couronne, limitant ainsi, d'une manière certaine, toute l'étendue du prépuce qui doit être excisée. On passe ensuite, entre la partie supérieure du gland et le prépuce, une longue aiguille dont la pointe est recouverte d'une boule de cire enduite d'huile ou de cérat. Arrivé au cul-de-sac glando-préputial, sans s'inquiéter de la petite boule de cire, on traverse d'un seul trait toute l'épaisseur de la base du prépuce, pour fixer, d'une manière invariable, les deux feuillets sur un même plan. Cela fait, on passe une pince à pansement d'arrière en avant et obliquement de haut en bas, au-dessous de la pointe de l'aiguille, en appliquant ses branches sur la ligne tracée à l'encre, et de façon à rester toujours au-dessous de l'aiguille dans toute sa longueur. On rapproche alors assez fortement les branches de la pince, confiées à un aide ; on saisit ensuite le pli ainsi formé par la portion du prépuce qu'on doit exciser, et à l'aide d'un bistouri droit glissé entre la pince et la longue aiguille qui embroche le prépuce, on coupe tout d'un seul trait, en rasant les branches de la pince. Il résulte de cette opération une plaie ovalaire formée par la peau et la muqueuse, coupée forcément à un même niveau. Après avoir eu le soin de tordre les petites artérioles, condition très-importante, on pratique la réunion au moyen de serres-fines, qu'il faut enlever six ou huit heures après l'opération. On obtient ainsi, le plus ordinairement, la réunion immédiate, et, dans tous les cas, il est impossible d'avoir un résultat plus régulier. Ce procédé si simple, si précis, d'une exécution si rapide et si facile, ne fait jamais courir la chance de remplacer une difformité par une autre difformité, comme cela a lieu dans quelques autres procédés. » (*Gaz. des Hôpitaux*, janvier.)

Phthisie pulmonaire (*Nouveau fait à l'appui de l'emploi de l'hélicine dans la*). Quand on songe à la grande réputation dont ont joui les diverses préparations de limaçons dans le traitement de la phthisie pulmonaire, on est bien forcé de reconnaître qu'une pareille croyance a dû trouver quelque fondement dans des succès obtenus avec ces préparations dans le cours de quelques affections graves de poitrine, que l'on confondait alors avec la phthisie Cela ne nous a pas empêché de faire connaître les faits de guérison qu'on a rapportés dans ces derniers temps, et ne nous empêchera pas de consigner ici celui du docteur Salvolini, bien que nous ayons autant de doute sur la nature tuberculeuse de l'affection à laquelle ce médecin a eu affaire que pour les autres faits déjà rapportés dans d'autres circonstances.

Dans le fait de M. Salvolini, il est question d'une femme de vingt-quatre ans, accouchée depuis quelques mois, et qui, depuis deux mois, voyait ses forces diminuer. La maigreur était très-marquée : épaules ailées, poitrine allongée, déprimée sous les clavicules ; face pâle ; pommettes plaquées ; sclérotiques bleuâtres ; muscles flasques ; glandes mammaires peu développées. Toux courte, sèche, saccadée, durant depuis quatre mois ; sentiment d'embarras sous la clavicule droite ; accélération des mouvements respiratoires ; peau chaude et sèche, avec sueurs circonscrites à la tête et à la poitrine ; crachats salivaires ; pouls fréquent et dur. Comme signes physiques, un peu d'obscurité du son sous la clavicule droite, percussion douloureuse à ce niveau ; pas de râles à l'auscultation ; il semblait seulement que dans les inspirations forcées, l'air trouvait un obstacle à sa pénétration. L'hélicine fut prescrite à la dose de 50 grammes dans les vingt-quatre heures, que l'on porta bientôt à 60, puis à 70 grammes, que l'on continua ainsi pendant dix-huit jours, la malade se trouvant entièrement soulagée et débarrassée de sa toux et des autres symptômes de la maladie. M. Salvolini ne découvrit pas, dit-il,

le vingtième jour cet obstacle à la pénétration de l'air qu'il avait constaté au commencement du traitement. La malade était bien portante encore quelques mois après; mais le fait est encore intéressant, en ce sens que la sécrétion lactée, qui était tarie depuis plus d'un mois, se reproduisit avec une grande abondance avec l'administration de l'hélicine, de sorte que la malade put reprendre l'allaitement de son enfant. Malheureusement ce fait est complétement insuffisant pour juger la question de l'utilité de l'hélicine dans la phthisie pulmonaire, les signes stéthoscopiques qu'il signale n'ayant rien de probant, et nous ajouterons même ayant disparu trop rapidement pour qu'on puisse les rattacher avec raison à une tuberculisation pulmonaire. (*Gaz. med. sard.*, octob.)

VARIETÉS.

La Commission administrative des hôpitaux et hospices civils de Marseille vient de décider qu'à l'avenir le personnel médical attaché à ces établissements de bienfaisance publique se recrutera par la voie du concours. Nous ne pouvons que féliciter cette administration de sa louable détermination, elle va éveiller parmi les jeunes médecins sortis de son école une noble et louable émulation. D'après la Gazette médicale, un concours s'ouvrira probablement au mois de mars prochain pour un certain nombre de places de médecins et de chirurgiens adjoints.

La question de savoir si le médecin qui se présente à l'officier de l'état civil est tenu de déclarer dans l'acte de naissance le nom de la mère, ou s'il peut refuser de faire cette déclaration, en alléguant qu'il lui aurait été imposé de tenir ce nom secret, s'est de nouveau présentée devant la Cour d'appel de Gand, par suite de l'appel interjeté par le ministère public contre un jugement du tribunal d'Ypres, qui avait donné raison au médecin. La Cour de Gand, par un arrêté longuement motivé, vient de persister dans sa jurisprudence antérieure, qui donne tort au médecin, et a condamné le prévenu à 50 francs d'amende. C'est le cinquième arrêt que les cours de Belgique prononcent dans le même sens.

M. Coste, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine de Marseille, vient d'être nommé directeur en remplacement de M. Sus, démissionnaire.

M. le docteur Michel vient d'être nommé médecin en chef de l'hospice Saint-Louis d'Avignon.

M. Pouzin, professeur de chimie organique et de toxicologie, remplace, comme directeur de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, M. Duportal, qui est nommé professeur honoraire.

Le gouvernement sarde vient de promulguer un nouveau règlement pour le service sanitaire de la prostitution à Turin. M. le docteur Sperino est nommé inspecteur de ce service.

MM. Demange et Béchet, professeurs adjoints à l'École de médecine de Nancy, sont nommés professeurs titulaires, le premier, de la chaire de pathologie interne, et le second, de la chaire de pathologie externe dans ladite École.

M. le docteur Soulé père, ayant terminé ses six années de titulariat, a cessé ses fonctions de médecin de l'hôpital Saint-André de Bordeaux ; il est remplacé par M. Mossous.

M. le docteur Gellie vient d'être nommé médecin titulaire des prisons de la même ville et le docteur Burguet fils, médecin adjoint.

A la suite d'un concours brillant, M. Bœckel fils a été nommé professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Montpellier s'est terminé par la nomination de M. Pécholier.

M. Fuchs, professeur de clinique médicale à Gœttingue, auteur de deux Traités estimés sur la pathologie interne et la dermatologie, vient de mourir dans cette ville.

La Faculté de Vienne a proposé pour remplacer le professeur d'ophthalmologie Rosas, mort récemment, les trois candidats suivants : 1er Sthehlwag von Clairon, 2e Gulz, 3e Ed. Jaeger.

Le choléra a sévi dans la capitale de l'Autriche pendant une grande partie du dernier trimestre de 1855. 6,747 individus ont été atteints et 2,962 y ont succombé. A peine le choléra était-il éteint que le typhus s'est déclaré avec intensité, au point de rendre nécessaire la création d'hôpitaux temporaires.

La Société de pharmacie propose pour sujet : « de l'Etude de la composition des eaux distillées et des altérations spéciales qu'elles éprouvent ». Les candidats auront la faculté de choisir trois eaux distillées médicinales, comme celles de fleurs d'oranger, de menthe, de laitue, pour en étudier d'une manière complète la composition et les altérations spontanées ; le prix est de la valeur de 2,000 fr. Les mémoires, contenant sous un pli cacheté le nom des auteurs, doivent être adressés au secrétaire général de la Société avant le 1er juillet 1857.

L'Ecole préparatoire de médecine et de chirurgie de Dijon est réorganisée comme suit : *Professeurs titulaires* : Anatomie et physiologie, M. Pâris. — Pathologie externe et médecine opératoire, M. Brullet. — Clinique externe, M. Vallet. — Clinique interne, M. Salgues. — Accouchement, maladie des femmes et des enfants, M. Lépine. — Matière médicale et thérapeutique, M. Lavalle. — Pharmacie et notions de toxicologie, M. Viallanes. — *Professeurs adjoints* : Clinique externe, M. Chanut. — Clinique interne, M. Merlot. — Pathologie interne, M. Dugast. — *Professeurs suppléants* : pour les chaires de médecine proprement dite, M. Fortoul. — Pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, de maladies des femmes et des enfants, M. Crouigneau. — Pour les chaires d'anatomie et physiologie, M. Boucher. — Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie, M. Delarue. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Gruère fils. — *Directeur de l'Ecole* : M. Lavalle, professeur de matière médicale et de thérapeutique.

Sont nommés au grade de chirurgien principal de la marine les chirurgiens de première classe dont les noms suivent : MM. Brousmiche, Gouais-Lanaud, Canolle, Buisson, Bigot, Laugaudin, Delaporte.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'utilité des exutoires à action énergique et prolongée dans le traitement des maladies.

Dans la discussion soulevée dernièrement au sein de l'Académie de médecine sur cette question, M. Malgaigne fit remarquer avec raison qu'on manquait de faits précis, rigoureux, dans la science écrite, pour la résoudre. Si ce savant chirurgien s'était contenté de cette remarque, les auditeurs habituels de l'Académie eussent perdu l'occasion d'admirer une fois de plus toutes les ressources d'une éloquence facile et d'un talent dont la souplesse, pour aller quelquefois jusqu'à la contradiction, n'en est pas moins réelle; mais M. Malgaigne, y eût gagné, en ce sens qu'il eût échappé au danger, dans lequel il est tombé quelquefois, d'une originalité qui s'épuise en de pures négations. Si les *théologiens* du séton eussent été mieux avisés, c'est sur ce terrain qu'ils se seraient placés pour répondre à l'apostrophe un peu abrupte du Mélanchthon des exutoires. Quoi qu'il en soit à cet égard, l'Académie, en mettant un terme à une discussion dans laquelle les épisodes menaçaient de faire perdre de vue l'histoire principale, a fini par où M. Malgaigne aurait dû commencer, elle a appelé les recherches des observateurs sur l'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies.

Qu'on nous permette d'abord quelques remarques générales sur cette question; nous citerons ensuite sommairement quelques faits, qui montreront que, si les faits de cet ordre manquent dans la science écrite, cette lacune tient en partie au moins aux conditions dans lesquelles la médecine est forcée de s'exercer.

Nombreux sont les systèmes à l'aide desquels on a tenté successivement de se rendre compte des accidents qui constituent la vie morbide; or, à toutes les époques de la science, et quelle que soit la manière dont on s'est efforcé d'expliquer les choses de la pathologie, une large part est faite, dans la thérapeutique, à la méthode révulsive cutanée. — Pour nous, bien qu'en matière de sciences naturelles, nous ne considérions point le consentement universel comme un *criterium* de la vérité, comme une base de certitude, nous avouons hautement, cependant, que quand, sur une question qui touche directement à la pratique, nous rencontrons cette unanimité, nous inclinons fortement à croire que tout n'est point erreur dans la solution donnée à cette question. Ceux-là même qui, dans ces derniers temps, ont attaqué cette méthode, l'ont admise cepen-

dant dans une certaine limite, puisque pour l'un, judicieusement appliquée, elle jouit d'une incontestable efficacité pour combattre les névralgies, et suivant l'autre, elle est le meilleur moyen d'éteindre une inflammation pleurale primitive, et de prévenir ainsi les conséquences toujours sérieuses de cette inflammation, se prolongeant au delà d'un temps plus ou moins déterminé. Arrêtons-nous un instant à ces concessions en faveur de la méthode révulsive, de la part des deux hommes dont la parole a le plus d'autorité, et voyons si ces concessions n'impliquent pas la réalité de l'efficacité de cette méthode, dans une mesure beaucoup plus étendue, devant une logique un peu sévère.

Nous ne savons guère plus de la nature de la névralgie que ce que les malades en accusent : c'est l'exagération de la sensibilité portée jusqu'à la douleur, dans une région du corps correspondant à un ou plusieurs nerfs distincts. Voilà le fait maladie ; voici maintenant le fait thérapeutique : si, après une ou plusieurs émissions sanguines locales, qui, dans notre opinion, sont plus souvent commandées qu'on ne le pense d'ordinaire en pareil cas, on applique un ou plusieurs vésicatoires, ou successifs, ou simultanés, soit au point d'émergence, soit sur le trajet du nerf malade, dans l'immense majorité des cas, pourvu que l'hypéresthésie ne soit point entretenue par une altération inamovible.et sur laquelle aient prise exclusivement les moyens chirurgicaux, dans l'immense majorité des cas, disons-nous, l'art triomphera du mal. Sans y mêler aucune idée théorique, qui nous deviendrait bientôt une pierre d'achoppement, voyons le fait dans sa simplicité, dans sa naïveté, nous allions presque dire. Sous l'influence de l'action irritante des cantharides, la peau devient douloureuse, s'injecte, l'épiderme se soulève par suite d'un afflux de sérosité qu'a produit cette stimulation artificielle, et du même coup la névralgie s'atténue, pour disparaître presque toujours, dans une limite de temps et au milieu d'un ensemble de circonstances qui ne laissent aucun doute sur ce rapport, qui lie les deux faits que nous examinons en ce moment. Si les juges si sévères de la science du passé avaient eu, ce qui est un peu plus difficile, à en jeter les bases, assurément de tels faits les auraient frappés, et nous sommes convaincu qu'à moins qu'ils n'eussent mieux aimé parler grec, comme M. Piorry, que parler français comme tout le monde, ils n'eussent pu trouver de meilleur mot pour exprimer ce rapport que celui qui est consacré dans la science moderne, le mot révulsion.

Mais la révulsion n'exprime pas seulement le fait partiel que nous

venons de rappeler : à une époque ou à une autre de l'histoire de la science, au service de telle ou telle théorie, elle a eu une beaucoup plus large signification dans la langue médicale ; elle a eu la prétention, en variant ses moyens, de s'appliquer à la plupart des localisations morbides ; sous l'influence d'un humorisme confus, tel qu'il devait sortir de l'instinct, des pressentiments de l'intelligence humaine, s'exerçant à l'observation de la vie morbide, la révulsion aspira même à devenir la méthode la plus rationnelle à opposer aux maladies générales ; en un mot, la révulsion, non pas seulement la révulsion cutanée, mais la révulsion considérée dans l'ensemble des moyens au fond desquels se trouve l'idée fondamentale qui la constitue, a été, et est encore aujourd'hui peut être pour plusieurs, toute la thérapeutique. Il y a là évidemment une erreur dangereuse, et la discussion académique n'eût-elle eu que cette utilité, de mettre en lumière cette erreur, aura été profitable à la science. Cependant la révulsion cutanée, uniquement considérée dans les moyens propres à provoquer une action morbide limitée à une surface circonscrite du derme et du tissu cellulaire sous-jacent, cette révulsion perd-elle toute son efficacité quand, au lieu d'être dirigée contre une névralgie, elle l'est contre un état morbide d'une nature plus complexe, dans lequel la circulation, la sécrétion, la nutrition, toute la vie, en un mot, des tissus malades est plus ou moins altérée, sans pourtant qu'il y ait au sein de ces tissus tendance à des formations nouvelles ? C'est là certainement une autre erreur, qui, pour être moins dangereuse que la première, n'en est pas moins réelle, et contre laquelle, on peut le dire sans crainte d'être démenti, le monde médical tout entier protesterait hautement. S'il était consulté *à priori*, et avant que l'expérience eût prononcé, tout homme de sens, de l'efficacité de la révulsion cutanée, dans le cas spécial que nous avons d'abord examiné, conclurait hardiment à la probabilité de cette même efficacité, en face d'une localisation morbide amovible, comme la précédente, et circonscrite comme elle, mais d'une autre nature. Nous savons bien qu'au jugement d'un des brillants adversaires de la méthode thérapeutique dont il s'agit ici, cette manière de raisonner dans les sciences est essentiellement vicieuse ; le bon sens et la raison en sont proscrits comme de faux dieux : c'est très-bien, nous admirons, si l'on veut, cet ultra-cartésianisme, cette méthode d'observation acéphale ; mais alors qu'on nous permette une simple observation. Si le bon sens et la raison sont des facultés de surérogation dans la culture des sciences, au nom de quoi, sous l'autorité de quelles facultés innommées, les proscrivez-vous ? Nous voudrions

bien, c'est d'ailleurs de notre part une simple affaire de curiosité, qu'on répondit catégoriquement à cette question !...

Au reste, ce que la logique de nos adversaires nous commande ici, nous pouvons le faire, nous pouvons nous passer de l'argumentation qui se fonde sur l'analogie des choses; les faits de l'expérience directe sont assez nombreux et parlent à ceux qui savent l'entendre un langage assez précis, pour que sur cette question nous nous en référions exclusivement à eux.

Nous avons dit, en commençant cette note, que l'un de nos adversaires de la révulsion cutanée avait fait ses réserves en faveur de cette méthode, lorsqu'elle s'applique, et d'une manière un peu hardie, à une certaine période de la pleurésie. C'est là une vérité qui, pour être peu nouvelle, n'en est pas moins incontestable, et qui prouve, une fois de plus, que *l'infini de l'avenir se résout quelquefois dans le fini du passé.* Mais il nous semble que si l'illustre professeur qui a découvert cette tour de Notre-Dame avait médité un peu, avait creusé un peu ce fait simple, il eût plus hardiment posé le principe de l'efficacité de la révulsion cutanée. Comment ! cette méthode est dans les mains de cet habile clinicien une arme presque toujours victorieuse, quand il s'agit de l'inflammation de la plèvre, ou même du poumon ; puis, quand il sort de cette limite, la méthode perd toute son efficacité ! victorieuse presque toujours là, presque toujours ailleurs elle est vaincue, *telum imbelle, sine ictu !* Ici nous revendiquons plus hautement les droits du bon sens et de la raison. Sans doute la vie morbide, comme la vie normale, n'existent pas aux mêmes conditions dans tous les tissus, dans tous les appareils : une dans sa nature, comme l'idée qu'elle réalise, et qu'elle ne peut réaliser qu'à cette condition, mais diverse par ses manifestations, comme les organes mêmes qu'elle anime, on conçoit que la vie ne réponde pas de même partout aux mêmes stimulants : toutefois, il y a là partout un fonds de vitalité commune, surtout quand il s'agit de la vie morbide, qui fait que l'organisme répond d'une manière analogue à des modificateurs identiques; et de fait, la thérapeutique ne varie que dans d'étroites limites les médications qu'elle oppose aux localisations amovibles, quel que soit l'appareil où celles-ci se sont installées. Plus libéral que l'habile professeur de clinique médicale de la Faculté de Paris, envers la révulsion cutanée, suivons-la ailleurs que dans la pleurésie, voyons-la en face d'une articulation malade, en face d'une hydarthrose, par exemple. Ici, nous demandons la permission de citer un fait, non qu'il présente rien de saillant ; dans la pratique d'un grand, d'un éminent chirur-

gien, ce fait est un fait vulgaire ; mais en face du scepticisme qui court, les observations nettes et précises ont leur langage à elles et savent, pour arriver à l'intelligence, trouver des chemins dans lesquels la vérité qu'elles portent ne saurait s'égarer.

M. Franç..., ancien militaire, âgé de soixante ans environ, est atteint depuis six semaines d'une douleur obtuse avec gonflement notable de l'articulation du genou gauche. Pendant ce long espace de temps, on n'a opposé à ce mal rien de plus que des cataplasmes d'abord, puis des pommades insignifiantes, qui ne nous parurent qu'un prétexte pour justifier des visites inutiles. Appelé par le malade pour lui donner notre avis sur son état, nous examinâmes l'articulation malade : cet examen nous permit facilement de reconnaître tous les caractères de l'hydarthrose ; l'épanchement synovial était assez considérable ; la douleur, qui paraissait avoir été assez vive au début, a perdu beaucoup de son acuité primitive. Pourtant, telle est encore la sensibilité de l'articulation, que le malade ne peut s'appuyer sur le membre souffrant sans éprouver des douleurs qui bientôt le forcent à l'immobilité. Nous demandâmes sur-le-champ une demi-feuille de papier ordinaire, et fîmes prendre chez le pharmacien un vésicatoire de cette dimension. Quand on nous vit envelopper l'articulation avec ce vésicatoire monstre, on se récria bien un peu autour de nous, mais on n'osa rien de plus, quand nous eûmes nettement exprimé notre résolution, en disant : Ou cela, ou, bonsoir. Le lendemain, nous levâmes nous-même le vésicatoire, qui nous découvrit une vaste plaie, laquelle en quelques jours se sécha, et avait fait disparaître toute douleur et tout gonflement dans l'articulation. L'articulation, un peu roide d'abord, se délia rapidement, et le malade reprit bientôt ses occupations habituelles.

Maintenant, nous le demandons avec confiance aux médecins les plus sceptiques à l'endroit de la révulsion, peut-on douter un instant de l'efficacité de cette méthode, en face d'un fait où éclate si manifestement sa puissance thérapeutique ? Il n'y a point ici à invoquer les bénéfices du temps, du jeu normal de la vie, du repos, de la suppression d'agents thérapeutiques qui enrayaient la solution spontanée du mal : ici, rien dans cet ensemble de circonstances n'est changé ; entre la lésion de l'articulation qui souffre depuis six semaines et le retour de cette articulation à l'état normal, il n'y a qu'une chose, l'application d'un immense vésicatoire dont l'efficacité, aux yeux de tout esprit non prévenu, est aussi claire que le jour. Il y a des puritains en matière de méthode, qui nous dénieraient le droit de conclure comme nous venons de le faire. Quand il s'agit de

convertir un simple rapport de succession en un rapport de causalité, nous savons parfaitement avec quelle réserve l'esprit doit se prononcer ; mais en face du fait précédent, nous n'hésitons pas, non seulement parce que ce fait n'est qu'une autre expression d'un rapport découvert par un grand nombre d'observations analogues, mais encore parce que ce fait n'appartient pas à une série de phénomènes, qui se développent en dehors du pouvoir de l'homme, et qu'au contraire, il naît dans un moment choisi par lui, dans une expérience instituée par lui. Un petit nombre de faits de cet ordre portent avec eux, en tant qu'il s'agit de la détermination d'un rapport de causalité dans une série de phénomènes successifs, une signification bien autrement positive qu'un nombre beaucoup plus considérable de faits relevant d'un tout autre ordre de choses.

Conservez-vous encore quelques doutes sur l'efficacité de la révulsion dans la maladie dont nous venons de parler, nous allons vous indiquer une manière simple de vous édifier complétement sur ce point. Nous n'avons pas le loisir nécessaire, en ce moment, pour rechercher dans l'histoire de la science à quelle époque la révulsion cutanée a été appliquée au traitement des hydarthroses ; mais ce que nous savons parfaitement, c'est que pendant longtemps cette méthode a consisté dans l'application autour de l'articulation malade de vésicatoires de petite dimension, et dont l'action n'était point en proportion ou de l'étendue, ou de la nature du mal qu'il s'agissait de combattre. C'est à un des chirurgiens les plus illustres des temps modernes, dont l'intelligence supérieure a porté la lumière dans toutes les questions auxquelles elle a touché, c'est à M. Velpeau qu'appartient l'initiative de la pratique nouvelle dont nous venons de rappeler humblement une heureuse application. Or, nous disons qu'il y a dans le rapprochement des résultats si divers de cette double pratique un enseignement de haute portée, pour celui dont l'intelligence sait comprendre le sens des choses, et qui n'attend pas comme une révélation messiaque que les statisticiens aient clos leurs additions. Les adversaires de la révulsion ont surtout fait valoir l'argumentation vulgaire, qui s'appuie sur la fortuité des coïncidences pour révoquer en doute, sinon pour nier d'une manière absolue, l'utilité de cette pratique dans le traitement des maladies : est-ce que cette façon de raisonner ne perd pas immédiatement ce qu'elle avait de spécieux en présence des faits que nous venons de rapprocher? La fortune mesure-t-elle l'étendue des vésicatoires pour en ordonner les résultats, servant presque toujours les uns, et ne servant presque jamais les autres ?

Remarquez d'ailleurs que la condition essentielle du succès de la révulsion dans ce cas est également la même, lorsqu'il s'agit de certaines maladies de la poitrine, de la pleurésie, par exemple; et c'est avec une grande raison que M. Bouillaud, dans la discussion que nous avons rappelée au commencement de cet article, a insisté sur cette circonstance d'une pratique qui est devenue la sienne, probablement depuis qu'il a quelque peu tempéré sa méthode de jugulation des maladies. On demande des faits, et beaucoup de faits, pour résoudre les questions de thérapeutique. On a raison, car les faits sont l'expression infaillible des grandes théories suivant lesquelles est ordonnée l'invariable économie de la nature; mais en attendant que ces faits aient été rassemblés en assez grand nombre et dans des conditions assez variées pour qu'ils aient une signification absolue, il est assez sage de les peser; ceci est encore de la vieille prudence. Eh bien! pesez les observations que nous venons de rapprocher, et vous verrez qu'à les considérer ainsi, elles acquièrent une valeur qui, pour être d'un autre ordre que celle qui naît du nombre même, n'en est pas moins réelle. Nous ne voulons pas mettre en parallèle deux hommes qui ont chacun leur mérite, mais qui se distinguent essentiellement par la trempe de l'intelligence. Or, n'est-ce rien que, dans l'importante question de la vérité de la révulsion thérapeutique, deux hommes, également habitués au commerce des faits, mais partant de principes si divers, et surtout apportant à l'observation des habitudes si différentes, se rencontrent et arrivent, sur une application partielle, à une affirmation identique? Pour nous, ces rencontres, qui ne sont pas très-rares dans les discussions scientifiques, nous ont toujours frappé, et nous sont devenues plus d'une fois une confirmation de la vérité. Qu'on réfléchisse à ce côté de la question, et nous nous persuadons qu'on trouvera que cette manière de peser les observations complète heureusement celle qui consiste uniquement à en mesurer la valeur sur celle de l'observateur lui-même. Il y a toutefois un péril dans cette méthode, c'est de rapprocher trop les hommes; dans cette mesure de l'un en face de l'autre, l'on s'expose à blesser une vanité : si vous accordez au premier une lucidité d'esprit, une infaillibilité de bon sens que vous refusez au second, celui-ci se récriera : n'importe, l'œuvre de la science ne se poursuit pas moins; et dans la mosaïque dont se compose cette œuvre, tout a sa place, et ne trouve même sa place qu'à la condition que les éléments qui y doivent entrer soient inégaux.

Dans ce qui précède, nous venons de voir que c'est surtout en étudiant la question de la révulsion sous le rapport quantitatif, si

nous pouvons ainsi dire, que les médecins modernes ont trouvé dans les faits la confirmation de l'utilité de cette méthode. Poussez plus loin encore vos investigations, et demandez à la médecine comparée ses propres enseignements, et vous verrez qu'elle aussi vous répondra dans le même sens. Nous savons bien que quand on étudie les effets des modifications de la vie morbide dans une série d'êtres qui, au point de vue physiologique pur, se distinguent par des différences profondément tranchées, la logique la plus simple commande de ne pas conclure de l'une à l'autre d'une manière absolue, mais l'affirmation absolue contraire est assurément encore moins légitime, surtout quand la comparaison porte sur des êtres qui soutiennent entre eux de nombreux et d'intimes rapports. Incontestablement, par exemple, les faits rapportés par MM. Bouley et Leblanc, en ce qui touche à l'action thérapeutique de la révulsion cutanée chez les animaux, ont une valeur considérable. La peau humaine, a-t-on dit, n'offre point assez de surface pour se prêter à une révulsion aussi étendue : il y a quelque chose dans l'homme qui s'y prêterait encore moins, c'est le développement relatif de son système nerveux, c'est la *qualité* de son innervation, c'est son impatience de la douleur, etc. Mais qui donc vous propose de soumettre l'homme à cette scalpe thérapeutique pour le guérir ? L'enseignement qu'on veut que vous tiriez de là, parce que cet enseignement en sort clair comme la lumière du soleil, c'est que, pour que la révulsion soit efficace, il faut qu'elle soit suffisante; c'est que, pour qu'un travail morbide qui s'est lentement incarné dans les tissus vivants soit révulsé par un travail artificiellement provoqué, il faut que celui-ci ait quelque intensité, *vehementior obscurat alterum.*

Il y a des observateurs qui, en face des faits, conservent toujours la gravité du sphinx assyrien, et, à vrai dire, nous ne savons s'ils pensent davantage. On a raison de se mettre en garde contre les conclusions prématurées : l'esprit est prompt et la chair est faible ; mais surveiller l'intelligence, ce n'est pas la proscrire ; on ne s'interdit pas de penser, par la crainte de saisir mal les rapports des choses, pas plus qu'on ne ferme ses sens à leurs stimulants normaux, sous prétexte de se mettre à l'abri des illusions. Quant à nous, telle est la clarté des faits dont nous venons de parler, qu'à supposer que la médecine humaine fût encore à créer, nous n'hésiterions pas, dans l'institution de la thérapeutique de celle-ci, à nous diriger hardiment d'après les indications que ces faits importants renferment. Les adversaires que vient de rencontrer la méthode séculaire de la révulsion feraient-ils autrement ? Nous avouons humblement que

nous ne le pensons pas ; et nous croyons en ceci leur faire honneur, car c'est un compliment que nous adressons à leur bon sens. Mais en voilà assez sur cette question subsidiaire, revenons à la question principale.

C'est, comme on vient de le voir, notre intime conviction, que la méthode révulsive, dans ses formes variées, est une méthode thérapeutique d'une incontestable efficacité ; mais nous sommes loin, bien loin de la considérer comme infaillible dans les cas mêmes où elle semble le plus nettement indiquée ; nous pourrions en donner une raison, qui abrégerait beaucoup cette discussion, c'est que l'absolu n'est pas de ce monde, du monde médical surtout ; mais nous en donnerons quelques raisons moins métaphysiques, et qui répondront mieux aux exigences de la pratique de tous les jours.

(*La fin à un prochain numéro.*)

De la valeur de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Suite et fin [1].

DEUXIÈME SÉRIE. — OBSERVATIONS DE GUÉRISONS APPARENTES OU NON DURABLES.

OBS. XI. Le révérend C. E., âgé de trente-deux ans, a eu, il y a dix mois, une attaque de bronchite qui a été extrêmement rebelle. Depuis cette époque, à courts intervalles, il a eu une toux plus ou moins habituelle. Il avait dix-neuf ans lorsqu'il eut une coxalgie dont il a guéri après une maladie de deux ans, avec ankylose et raccourcissement du membre.

15 mars 1848. Dyspnée, surtout en montant sur des hauteurs ; toux courte et fréquente, avec expectoration rare ; un peu de matité à la percussion de la région claviculaire gauche; diminution de l'expansion du même côté; poids, 182 livres. Pas d'indication de traitement. Je ne l'ai pas revu jusqu'au 8 juin.

Respiration courte au moindre mouvement un peu vif, en montant les escaliers, etc.; matité à la percussion de la partie supérieure de la poitrine, à gauche, avec diminution de l'expansion et léger aplatissement ; pectoriloquie imparfaite; ronchus caverneux ; un peu de râle muqueux à droite ; sensation de gêne, voisine quelquefois de la douleur, au-dessous de la clavicule gauche depuis plusieurs mois; expectoration mucoso-purulente, et parfois striée de sang; pouls à 86; langue chargée d'un enduit visqueux, adhérent. Traitement : tous les trois jours, un vésicatoire de la grandeur d'une couronne sur le côté gauche de la poitrine. Iodure de fer et poudre de réglisse, de chaque 0,10 ; ipécacuanha en poudre, 0,02 ; extrait de gentiane, 0,05, pour une pilule, à prendre trois fois par jour. Régime composé de viandes et de végétaux, sans vin ni bière. Lait matin et soir.

14 juillet. Pas de changement dans les signes physiques ; toux, expectoration et brièveté de la respiration comme auparavant. Continuer les révulsifs et cesser les pilules; 15 gr. d'huile de foie de morue trois fois par jour.

---

[1] Voir le numéro du 15 janvier, page 12.

11 août. Toux et expectoration beaucoup moindres; douleur sous la clavicule entièrement disparue. Ventre un peu dur. Pouls à 82, mou et d'un bon volume; poids, 195 livres. Même traitement.

30 août. Pectoriloquie distincte sous la clavicule gauche et aussi en arrière, au niveau du scapulum. Toux bien moindre, mais encore beaucoup d'expectoration. La langue, qui était depuis longtemps habituellement chargée, est plus nette; pouls à 84; poids, 197 livres. Même traitement.

8 décembre. Amélioration lente de la santé générale; l'huile a été continuée jusqu'à aujourd'hui. Toux et expectoration assez modérées; respiration fort améliorée; pouls à 80, ce qui est chez lui son état normal. Ce jeune homme a repris ses occupations et fait deux services complets le dimanche.

10 décembre. Après un exercice anormal de la voix et une chute, il est survenu une hémoptysie de 250 grammes.

11 décembre. Pouls à 78; peau fraîche; suspension complète de la toux et de l'expectoration; grande matité et absence complète du mouvement respiratoire dans une grande étendue du poumon gauche. Traitement : infusion de roses composées, 180 gr.; sulfate de magnésie, 8 gr.; acide sulfurique dilué, 4 gr.; vin d'ipécacuanha, 8 gr. pour une mixture, à prendre 30 gr. toutes les trois heures. Régime lacté.

16 décembre. Très-bon état. Pouls à 84, résistant; langue nette; toux modérée; expectoration de mucus mêlé de caillots; peau fraîche; bon appétit. Régime lacté. Mixture avec infusion de colombo, 180 gr., acide nitro-muriatique, 18 gouttes, teinture de jusquiame, 8 gr.; 30 gr. de cette mixture trois fois par jour.

17 décembre. Léger retour de l'hémoptysie; pouls à 95, bondissant. Traitement à peu de chose près le même que pour la précédente hémoptysie. Elle diminua, mais continuait encore le 20, et le malade avait rendu quelques grumeaux tuberculeux. Cependant l'amélioration prit le dessus; le 30 décembre, toute trace de crachement de sang avait disparu.

Le 13 janvier 1849, la toux et l'expectoration étaient modérées, bon appétit. Vers le 17, cependant, le pouls recommença à s'élever à 90 ou 100; sueurs; un peu de dévoiement et d'amaigrissement; les signes d'excavation au sommet gauche devenaient de plus en plus évidents; en somme, il se trouvait mieux. On commença l'huile de foie de morue, trois fois par jour. 15 gr. les jours suivants. On y ajouta des révulsifs sur la poitrine. Dès le 26, l'amélioration était évidente; bon appétit, embonpoint.

Au 26 février, l'amélioration se maintenait; il en était de même au 1er mars. Mais, dans la journée, il prit froid en se promenant; il rendit une cuillerée d'un sang rouge, écumeux; le pouls était à 100, plein et frémissant; toujours des signes d'excavation, mais pas de gargouillement. Même traitement que pour les hémoptysies précédentes, plus une saignée du bras.

L'hémoptysie ne se reproduisit pas et l'amélioration recommença. Le malade avait repris l'huile depuis le 10 mars. Au 11 avril, il se trouvait très-bien, la voix ferme et naturelle, bon état, tendance à engraisser, bon appétit et bonne digestion; à peine de la toux, et simplement un peu d'expectoration muqueuse vers le matin; signes d'excavation, mais pas de gargouillement. Espèce de craquement de cuir dans le côté gauche de la poitrine. Le malade partit pour le sud de l'Angleterre, avec des instructions pour continuer l'huile de foie de morue.

Le 19 mai 1852, ce malade vint me revoir avec un peu de catarrhe et de

dyspepsie. Respiration assez bonne. Défaut d'expansibilité et beaucoup d'aplatissement du côté gauche; matité à la percussion; pectoriloquie et respiration caverneuse, mais pas de râles; encore quelques craquements. L'amélioration était assez grande pour permettre au malade de reprendre ses occupations. Il alla passer dans le sud l'hiver de 1851-52, où il eut une pleurésie, et lorsque je le revis dans l'automne de 1852, il avait de la matité dans tout le côté gauche avec dilatation; le cœur était refoulé du côté droit; la dyspnée était considérable. Cependant à force de soins, de vésicatoires, d'iode et de toniques, la santé générale finit par s'améliorer; mais il eut de temps en temps de petites maladies qui le firent rechuter et succomber à une nouvelle pleurésie, au mois de juin 1853.

Obs. XII. Mlle T..., âgée de dix-neuf ans, sous le coup d'une diathèse strumeuse. Mère morte de phthisie. J'ai été consulté par elle depuis plusieurs années pour un engorgement ganglionnaire du cou avec otorrhée, qui finit par céder à l'huile de foie de morue et à l'iodure de fer; bonne santé depuis cette époque.

16 février 1849. Léger amaigrissement; langueur continuelle et étourdissements, avec diminution d'aptitude pour ses travaux ordinaires; toux et expectoration, cette dernière parfois teinte de sang; douleur dans le côté gauche de la poitrine; respiration fréquente; pouls à 100; langue chargée; un peu de transpiration le matin; menstruation régulière et normale; matité aux deux sommets, plus particulièrement au sommet gauche, avec un peu de gargouillement à ce niveau; absence de murmure respiratoire à gauche, respiration puérile à droite. Poids, 106 livres. Petits vésicatoires volants tous les trois jours; deux pilules d'iodure de fer et 8 gr. d'huile de foie de morue, deux fois par jour. Porter, autant que possible, la dose d'huile à 24 gr., deux fois par jour.

24 février. Amélioration évidente; toux et expectoration moindres; pouls à 90; peau fraîche; plus d'énergie; l'huile est mieux supportée. Poids, 108 livres.

Sous l'influence de ce traitement, qui fut continué avec persévérance pendant plusieurs mois, la malade avait repris ses forces et son embonpoint. Au mois d'avril, elle pesait 121 livres. Au mois de juillet, très-bon état également; pas de toux ni d'expectoration; il restait encore de la matité à gauche surtout, et la résonnance était généralement moindre des deux côtés; respiration soufflante dans le point où existait autrefois le gargouillement. Les choses marchèrent très-bien jusque dans l'automne de 1852; à cette époque, s'étant exposée au froid, elle contracta une pneumonie suivie d'hémoptysie et des autres symptômes d'une phthisie, à laquelle elle succombait en quelques semaines.

Obs. XIII. J. E..., âgé de vingt-deux ans, toux et expectoration depuis quelque temps; perte d'appétit; vomissements; diarrhée de temps en temps; faiblesse, langue chargée; pouls à 78, petit et faible; amaigrissement; aplatissement de la poitrine au-dessous de la clavicule gauche; matité à la percussion; expiration prolongée et rude; bruits du cœur très-éclatants. Ce malade, sous l'influence de l'huile, a pu reprendre ses occupations et a paru guéri pendant quelques mois. Il a succombé à une nouvelle atteinte de la même maladie.

Obs. XIV. M. J. H..., âgé de trente ans. Hémoptysie, il y a quelques années et une seule fois, mais peu abondante; ce printemps, il est sujet à de la dyspepsie et parfois même à de la gastrodynie.

21 juin 1850. Toux continuelle et expectoration depuis quatre mois; beaucoup de langueur et de faiblesse; respiration courte; matité des deux côtés; absence

de murmure respiratoire au sommet gauche; respiration puérile au sommet droit; bronchophonie du côté gauche; pouls à 90, langue nette, ventre libre. Révulsion sur la poitrine avec le vinaigre cantharidé; 15 grammes d'huile de foie de morue, trois fois par jour.

Après deux ou trois mois, la guérison paraissait parfaite. Je ne l'ai pas revu depuis, mais j'ai appris qu'il a succombé l'automne dernier.

Il y a sans doute bien moins d'intérêt à connaître d'une manière détaillée les faits dans lesquels les malades n'ont retiré que peu ou point de bons effets de l'huile de foie de morue. Comme il y a cependant dans ces faits quelques circonstances de nature à éclairer jusqu'à un certain point le problème, en indiquant principalement les circonstances qui peuvent faire échouer ce traitement, je les donnerai ici très-brièvement.

Troisième série. Observations d'insuccès complet ou a peu près complet.

Obs. XV. J. R..., soixante-quatre ans, pris de phthisie pulmonaire à la suite du diabète : amaigrissement considérable, fièvre hectique, expectoration nummulaire abondante; matité étendue et absence du murmure respiratoire dans le côté droit de la poitrine. Un peu d'amélioration après l'huile de foie de morue ; un peu plus de forces, d'appétit et de sommeil ; expectoration moins abondante et plus normale. Au bout de trois à quatre semaines, l'amélioration s'arrête et le malade succombe très-rapidement.

Obs. XVI. M. C..., trente-trois ans, malade depuis quelques mois, mais ayant continué ses occupations jusqu'au mois de juin 1848. Douleurs vagues dans la poitrine, dyspnée, diarrhée colliquative, sueurs nocturnes, un peu d'œdème des extrémités; râle caverneux au sommet des poumons, pectoriloquie, expectoration purulente, amaigrissement. Ce malade n'a pas pu supporter l'huile de foie de morue ; il a fallu y renoncer après trois semaines. Mort dans le cours de l'automne.

Obs. XVII. Mlle B..., âgée de vingt et un ans. Deux pleurésies antérieures. Toux et expectoration depuis trois mois. Amaigrissement, fièvre hectique, expectoration purulente, râle caverneux et pectoriloquie au sommet gauche, respiration pénible et un peu rude à droite, avec allongement de l'expiration. Révulsifs cutanés, 45 grammes d'huile de foie de morue et iodure de fer. Grande amélioration après quinze jours, qui se maintient encore quinze autres jours après; ce malade a gagné une demi-livre. La maladie parut même s'arrêter, mais l'amélioration n'augmenta pas, et un mois après, il survint de la diarrhée, un amaigrissement rapide. Transportée à la campagne, elle parut d'abord aller mieux, puis cette amélioration s'arrêta, et six mois après le commencement du traitement, elle succombait.

Obs. XVIII. Mme J..., trente huit ans, très-faible, très-délicate, fort sujette aux affections catarrhales. Plus malade depuis quelques semaines. Signes généraux du ramollissement tuberculeux. Aplatissement de la poitrine sous la clavicule droite, avec matité surtout de ce côté; bronchophonie; prolongement de l'expiration. Révulsifs cutanés, 45 grammes d'huile de foie de morue. Amélioration après trois semaines; mais cette amélioration ne fait pas de progrès; il survient plusieurs hémoptysies en automne, et, malgré le changement de climat, la malade meurt dans l'été suivant.

Obs. XIX. Mme S..., trente-six ans. — 19 mars 1849. — Malade depuis plusieurs mois, phénomènes dyspeptiques, leucorrhée; plus tard, toux et expectoration, fièvre, perte d'appétit, douleur entre les épaules; aplatissement et moins d'expansibilité du côté gauche de la poitrine en avant; matité des deux côtés, surtout à droite; bronchophonie et respiration soufflante de ce côté; râle sibilant des deux côtés. — Huile de foie de morue, 45 grammes. Potion avec sirop d'écorce d'oranges, 24 grammes; acide nitrique, 18 grammes; eau, 175. 30 grammes de cette potion trois fois par jour. Révulsifs cutanés. Amélioration très-marquée, au point d'avoir fait espérer un rétablissement complet; mais la maladie s'aggrave dans le printemps de 1851, et la malade meurt phthisique dans le cours de cette année.

Obs. XX. M. H. W..., cinquante ans. Symptômes de phthisie, il y a plusieurs années, ayant cédé aux révulsifs cutanés, à l'iodure de fer et au changement d'air. Nouvelle atteinte en février 1849. Amaigrissement considérable, dyspnée, toux sèche; matité sous les deux clavicules, surtout à gauche, respiration soufflante; bronchophonie; douleur sous les fausses côtes; fièvre; conservation de l'appétit. On reprend l'iodure de fer, qui n'est pas supporté; l'huile de foie de morue est supportée pendant deux mois; mais elle finit par déranger l'estomac, et d'ailleurs le malade n'en a rien obtenu. Un voyage fait mieux; mais la phthisie reprend sa marche : excavations, fièvre hectique. Mort l'année suivante.

Obs. XXI. G. W. A..., trente-deux ans. Toux et expectoration depuis plusieurs mois; hémoptysie de temps en temps; craquements secs; faiblesse du murmure respiratoire; bronchophonie et matité sous la clavicule gauche; râles sibilants à droite. Mort après une année. L'huile de foie de morue, bien supportée, n'a jamais rien fait pour le malade.

Obs. XXII. W. N..., trente-trois ans. A la suite de la grippe, perte de la voix et signes de phthisie commençante. Emploi de l'huile de foie de morne pendant trois mois, sans succès permanent. Mort cinq mois après le commencement du traitement.

Obs. XXIII. S. B..., trente-cinq ans, souffrant depuis quelque temps de catarrhe chronique et depuis quelques semaines de toux, avec expectoration rare, dyspnée, légère émaciation. Révulsifs cutanés. Huile de foie de morue à 45 grammes. L'huile est bien supportée, et le malade paraît s'en bien trouver pendant quelque temps, puis il décline rapidement et meurt quatre mois après.

Une première question que l'on pourrait peut-être se poser, à la lecture des observations précédentes, c'est celle de savoir si c'est bien à l'huile de foie de morue qu'il faut faire honneur des guérisons et des améliorations si remarquables qui ont été obtenues dans plusieurs cas. On sait, en effet, que la phthisie pulmonaire est susceptible de s'arrêter quelquefois spontanément, et j'ai été témoin de plusieurs faits de ce genre dans lesquels, contre toute attente, les malades ont passé d'un état qui donnait les plus vives inquiétudes à un état de santé relativement excellent. Malheureusement ce sont là des faits très-exceptionnels, et il suffit d'ailleurs de jeter les yeux sur ceux que j'ai rapportés plus haut, pour se convaincre que les bienfaits de la médication par l'huile de foie de morue dépassent bien

au delà cette espèce d'arrêt de la maladie que l'on peut observer chez les phthisiques, soit spontanément, soit par le fait de quelque autre traitement que ce soit. Les bons effets suivirent de si près l'administration de l'huile et étaient si intimement liés à la continuation de son emploi, qu'il ne saurait y avoir aucun doute à cet égard. Il est bien vrai que la médecine, lorsqu'elle est pratiquée avec succès, n'est autre chose que la très-humble servante de la nature, et que les guérisons que l'on obtient à l'aide de ce remède comme de tant d'autres appartiennent autant à la force médicatrice de la nature que les cas de guérison spontanés auxquels je faisais allusion plus haut; mais il y a cependant cette différence, que l'amélioration de la santé générale, et surtout des fonctions assimilatrices, qui est le résultat de l'administration de l'huile de foie de morue, en rendant de la vigueur à toute l'économie, y réveille le travail de guérison, et nous permet ainsi très-souvent d'amener à bien une maladie qui très-certainement se serait terminée d'une manière funeste sans son secours.

Dans le but de bien apprécier la valeur du traitement, tel qu'il a été employé chez les vingt-six malades dont j'ai recueilli l'histoire détaillée, j'entrerai dans quelques détails relativement à plusieurs d'entre eux, et je les grouperai suivant la période de la maladie à laquelle l'huile de foie de morue a été commencée.

La désorganisation avait déjà commencé dans un poumon ou dans les deux poumons; dans neuf de ces cas et dans quelques-uns d'entre eux, cette désorganisation était même très-avancée. Sur neuf de ces malades, quatre seulement ont eu une guérison durable, et de ces quatre malades, il en est trois que je n'ai pas perdu de vue, et qui jouissaient d'une bonne santé lorsque j'en ai reçu des nouvelles. Des cinq autres, deux (obs. XI et XII) offrent des exemples des plus remarquables et des plus intéressants de la valeur de l'huile de foie de morue; car, pendant son emploi, ils ont passé d'un état de danger imminent à la possession d'une santé comparativement bonne, et qui peut-être, dans d'autres circonstances, se serait maintenue indéfiniment.

Chez l'un de ces malades (obs. XI), c'est par le fait d'un accident, d'une chute sur la poitrine suivie d'une hémoptysie et du retour des phénomènes alarmants, dont on parvint cependant à conjurer la marche, que le malade se trouve placé dans des conditions moins bonnes qu'auparavant, et finit par perdre les chances favorables qui semblaient lui sourire. Ce n'est point du reste la première fois que j'ai vu de ces accidents de violence extérieure compromettre le

succès ou déterminer le développement d'une phthisie pulmonaire que rien ne faisait soupçonner.

Chez l'autre malade (obs. XII), une pneumonie survenant dans le cours d'une maladie qui avait aussi gravement frappé le tissu pulmonaire, laissait bien peu de chances au malade. Malgré cette terminaison funeste, les effets de l'huile de foie de morue n'en restent pas moins surprenants, quand on réfléchit que le malade de l'obs. XI était dans un état de santé déplorable, par suite de son séjour prolongé au lit et de la maladie de la hanche, pendant laquelle on avait eu de sérieuses craintes pour sa poitrine.

Le malade de l'obs. XII était arrivé à un assez bon état de santé, lorsqu'il fut pris de sa pneumonie. Il ne conservait surtout nulle expectoration, avait de l'embonpoint, et pouvait sans aucune indisposition se livrer à ses travaux et à ses plaisirs. En l'absence d'examen cadavérique, nous ne pouvons dire ce qui s'était passé vers le tissu pulmonaire, mais il me paraît probable que le travail de désorganisation s'était arrêté dans le poumon en même temps que la santé générale s'améliorait, qu'un travail de cicatrisation était commencé et aurait abouti, sans la pneumonie intercurrente, à une guérison définitive, avec perte d'une certaine portion du poumon et diminution de la puissance respiratoire. Le long intervalle qui s'est écoulé, trois années environ, entre la guérison apparente et la terminaison funeste, dans ce dernier cas, montre qu'après ces guérisons le poumon conserve encore une grande susceptibilité.

Quelque parfaite que paraisse la guérison, ces malades devront toujours être considérés comme disposés au retour de la maladie, et un catarrhe ordinaire, qui n'exciterait aucune appréhension chez d'autres, peut être souvent la cause du réveil de la maladie qui languit, et la porter rapidement au delà des atteintes du traitement même palliatif. L'huile de foie de morue ne fit-elle, à une periode avancée de la maladie, que d'arrêter ainsi les progrès dans un certain nombre de cas, jusqu'au moment où une maladie intercurrente vient en précipiter la marche, que ce serait déjà un grand bienfait pour les malades. Ajouter quelques mois ou quelques années à la vie d'un malade n'est pas chose indifférente, puisque cela donne le temps d'employer d'autres moyens pour renforcer la constitution, et peut-être même pour rendre la guérison durable ; c'est ainsi que ce traitement permet d'envoyer les malades dans un climat plus doux, avec des chances plus grandes d'en tirer parti, avec la possibilité de prendre de l'exercice, et sans crainte de leur voir contracter des affections catarrhales, toujours si graves chez les malades de cette espèce. C'est

à cette dernière circonstance, dans mon opinion, que le malade de l'obs. X, l'un des plus intéressants de la première série, me paraît être redevable de sa guérison, confirmée aujourd'hui par six années de bonne santé.

Quant aux autres cas, suivis de mort, plusieurs se présentaient dès l'abord avec des caractères qui excluaient toute espérance raisonnable de succès. Aussi les malades des obs. XV, XVIII et XX, chez lesquels la phthisie formait le dernier anneau d'une chaîne de dérangements continuels dans la santé, étaient bien peu susceptibles d'être traités efficacement par quelque moyen que ce fût. Chez ceux des obs. XVII, XIX et XXI, des influences morales ajoutèrent à la gravité de la maladie et accélérèrent la terminaison funeste.

Comme on devait s'y attendre, les cas dans lesquels on a obtenu les meilleurs effets et de la manière la plus durable sont ceux dans lesquels le travail de désorganisation n'avait pas commencé dans le poumon ou n'y avait fait encore que peu de progrès. Je parle ici de résultats permanents et durables; car, même dans les cas les plus graves, on obtient du soulagement, et même très-rapidement. C'est ainsi que dans la phthisie la plus avancée, on voit l'expectoration s'améliorer et diminuer en quantité, la toux devenir moins fréquente et plus facile, les sueurs cesser, l'appétit se ranimer, et la diarrhée faire place à la constipation, etc., etc.; mais cette amélioration n'est malheureusement pas suivie d'un succès définitif; au contraire, le plus souvent le soulagement n'est que temporaire, et après un court intervalle la maladie reprend sa marche; tandis que dans la première période de la maladie, quand il n'y a pas encore de signes de ramollissement ou d'excavation, on peut, dans bon nombre de cas, espérer sa suspension et même sa guérison définitive. Il y a une grande part à faire ici à l'étendue de la maladie et au caractère de la constitution; mais les obs. I, III, IV, V, VI, VIII et IX me paraissent tout à fait concluantes, et j'en ai recueilli bon nombre d'autres semblables depuis.

De toutes les circonstances qui indiquent l'amélioration, il n'en est peut-être pas de plus satisfaisante que l'accroissement progressif du poids des malades, parce qu'il fournit la preuve d'un meilleur accomplissement des fonctions d'assimilation. Je regrette de n'avoir pas procédé plus régulièrement à la détermination du poids de mes malades, pendant le traitement; mais la chose est assez difficile dans la pratique privée. Je n'ai de notes que pour six malades, mais ces notes sont assez remarquables pour que je les donne ici.

Observations.	Date.	Poids liv. angl.	Différence.
N° 1.	22 nov. 1849.....	122	
	18 déc. »	129	+ 7 liv. en un mois environ.
	13 janv. 1850.....	119	— 10 — — —
	25 » »	120	+ 1 — en 12 jours.
	9 févr. »	123	+ 3 — en 15 jours.
	23 » »	124	+ 1 — en 14 jours.
	15 mars »	124	0
		Total...	+ 2 liv. en 5 mois environ.
N° 9.	16 juillet 1850....	116 1/2	
	7 août » ...	119 1/2	+ 3 liv. en 22 jours.
	5 octobre »	133	+ 13 1/2 en 2 mois environ.
		Total...	+ 16 1/2 en 2 mois 3/4.
N° 10.	11 septembre 1848.	119	
	9 octobre » ..	124	+ 5 livres en 28 jours.
	14 mars 1849.....	141	+ 17 — en 5 mois.
		Total...	+ 22 livres en six mois.
N° 11.	15 mars 1848.....	182	
	11 août —	195	+ 13 liv. en 4 mois 27 jours.
	30 août —	197	+ 2 — en 19 jours.
		Total...	+ 15 liv. en 5 mois 1/2.
N° 12.	16 févr. 1849.....	106	
	24 — —	108	+ 2 livres en 8 jours.
	avril 1849........	121	+ 13 —
		Total...	+ 15 livres en deux mois.
N° 17.	12 mars 1851......	104 1/2	
	27 — —	106	+ 1 1/2 en 15 jours.

Un simple coup d'œil jeté sur le tableau qui précède montre que les malades ont commencé graduellement et progressivement à augmenter en poids, très-peu de temps après le commencement du traitement, et que cette augmentation en poids n'a cessé qu'à partir du moment où, par suite d'un refroidissement ou de toute autre cause semblable, le travail de guérison a été interrompu, ou bien lorsque la santé ayant été assez bien rétablie, le malade est revenu à son poids normal; dès cette époque, bien que l'huile ait été continuée plus longtemps comme moyen prophylactique, les malades ont généralement cessé d'augmenter en poids. Parfois, bien qu'ils prennent de l'embonpoint et que tous les autres symptômes graves diminuent considérablement, on les voit rester pâles et anémiés. Lorsqu'il en est ainsi, les ferrugineux, et principalement l'iodure de fer, peuvent être administrés avec avantage, en même temps que l'huile de foie de morue, ou l'on peut faire alterner l'emploi de l'une avec celui de l'autre. Ce qui est certain, du reste, c'est que l'emploi de l'huile de foie de morue n'exclut aucun des moyens dont l'indication peut se présenter, ni les ferrugineux, ni

les révulsifs cutanés, ni une alimentation appropriée, la diète lactée, par exemple, dont je me suis généralement très-bien trouvé, ni l'exercice en plein air, si indispensable aux personnes phthisiques, ni même les bains de pluie (*shower-baths*), qui rendent de si grands services lorsqu'on a soin de ne pas trop abaisser la température de l'eau, et que l'on peut du reste remplacer dans certains cas par l'épongement d'eau fraîche ou d'eau froide.

On se fait généralement une idée très-fausse des difficultés que l'on éprouve à habituer les malades à l'usage de l'huile de foie de morue. Les enfants s'y accoutument en très-peu de temps, finissent même par l'aimer; et quant aux adultes, après quelques jours d'essai, l'habitude ne tarde pas à venir. Des vingt-six malades dont on a parlé plus haut dans les observations, il n'en est que deux chez lesquels l'accoutumance n'a pu s'établir, et encore cette proportion me paraît-elle plus forte que celle que l'on constate généralement. Seulement, comme il importe de ne pas dégoûter le malade en commençant, je fais prendre ordinairement au début du traitement une petite cuillerée seulement d'huile de foie de morue pâle, deux fois par jour; peu de jours après, je double la dose et j'augmente ainsi peu à peu jusqu'à ce que le malade supporte sans inconvénient une dose suffisamment forte de médicament. Cette dose, chez un adulte, est de 30 à 60 grammes par jour; au-dessous de 30 grammes, il y a peu à compter sur ses effets, et au-dessus de 60 grammes, ce serait s'exposer gratuitement à troubler les fonctions de l'estomac. Beaucoup de malades dépassent la dose qu'on leur fixe; mais je me suis bien assuré que l'amélioration obtenue n'est pas du tout en relation directe avec la quantité d'huile ingérée, et qu'une dose modeste de 15 à 30 grammes, deux fois par jour, est bien suffisante, même dans les cas les plus graves. Une autre règle à ne pas perdre de vue dans l'administration de l'huile de foie de morue, c'est la nécessité de continuer pendant assez longtemps le médicament, longtemps après que la guérison semble obtenue. Pour les malades en particulier qui ont guéri à une période avancée de la maladie, ils ne doivent pas oublier que ce médicament est l'aliment de leur vie et qu'ils ne doivent jamais y renoncer entièrement, quelque bon que soit ou que paraisse leur état. C'est ainsi que chez plusieurs des malades j'en ai fait continuer l'emploi pendant deux et trois années, presque sans interruption, et j'ajouterai, non-seulement sans inconvénient, mais avec les plus grands avantages. Dans un ou deux cas précédents, le retour de la maladie et la mort, qui en a été la conséquence, n'ont pas été dus à autre chose qu'à l'abandon trop préma-

turé du traitement. On doit donc poser en règle générale que l'huile de foie de morue doit être continuée, au moins à petites doses, pendant plusieurs mois, dans la crainte du retour de la cachexie et du réveil de la maladie qui sommeille, et que, dans les cas graves, il faut en continuer l'emploi pendant des années.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Etudes sur l'opération du bec-de-lièvre. — Moyen d'assurer la cicatrisation de la suture labiale.

Par le docteur Goyrand, d'Aix.

La longue et importante discussion qui vient d'avoir lieu dans ces derniers temps, au sein de la Société de chirurgie, relativement à l'âge auquel doit être opéré le bec-de-lièvre, montre que cette question est loin d'être considérée comme épuisée par les chirurgiens distingués qui composent cette docte assemblée. Permettez-moi donc, tout en vous adressant une note sur mon procédé pour l'opération du bec-de-lièvre compliqué, de rentrer dans la discussion qui a été agitée dans la Société de chirurgie, et de vous donner à mon tour mon avis motivé :

1° Sur la question de l'âge auquel doit être opéré le bec-de-lièvre simple et compliqué ;

2° Sur les causes des insuccès si fréquents de l'opération du bec-de-lièvre compliqué d'écartement de la voûte palatine et du bord alvéolaire, et sur le moyen d'annuler la principale de ces causes ;

3° Enfin, je vous demande la permission d'entrer dans quelques détails pratiques relatifs au procédé de l'opération du bec-de-lièvre.

§ 1. *A quel âge doit être opéré le bec-de-lièvre?* — Cette question a été posée depuis longtemps, et résolue de manières fort diverses. Les uns veulent qu'on opère dans le premier âge, les autres conseillent d'attendre que l'enfant ait assez de raison pour comprendre l'utilité de l'opération, et en assurer le succès, en évitant les mouvements qui pourraient écarter les bords de la plaie réunie. Parmi les premiers, il en est qui opèrent les premiers jours de la vie; d'autres attendent l'âge de cinq ou six mois ; d'autres enfin croient qu'il est plus avantageux d'attendre que l'enfant ait atteint l'âge de quinze ou dix-huit mois. Toutes ces opinions sont appuyées d'arguments sérieux et d'autorités respectables.

Les auteurs qui ont été d'avis de n'opérer qu'à une époque de la vie où les enfants peuvent comprendre l'importance de l'opération,

et la nécessité de ne rien faire qui puisse en compromettre le succès, sont en grand nombre. Nous citerons Dionis, Garengeot, Dupuytren, Boyer, Sanson. Parmi eux, les uns veulent qu'on attende l'âge de trois ou quatre ans (Boyer, Dupuytren), d'autres remettent l'opération à l'âge de cinq, six ou sept ans (Dionis, Sanson), d'autres enfin, voudraient attendre l'âge de dix ou quinze ans.

Les motifs que font valoir les partisans de l'opération tardive sont, surtout, la crainte de voir le succès de l'opération compromis par les cris et les mouvements désordonnés auxquels se livre l'enfant en bas âge, la crainte des convulsions, qui sont communes et graves dans les premiers temps de la vie, le danger des hémorrhagies, même peu abondantes, chez les petits enfants, la crainte de voir se diviser, sous la pression des aiguilles de la suture entortillée, les tissus si mous à cet âge; enfin, l'aggravation par l'opération des chances de mort qui pèsent déjà sur la première enfance.

Les chirurgiens qui conseillent d'opérer de bonne heure font valoir une foule de raisons qui ont été, à peu près, toutes exposées avec une grande netteté dans un travail qui fut présenté à l'Académie royale de chirurgie par Busch, de Strasbourg en 1767. Les arguments de Busch ont été reproduits par Louis (1). Ils sont tirés de la souplesse, de la vascularité des tissus dans les premiers temps de la vie, état organique très-favorable à l'adhésion des surfaces saignantes, de la longue durée du sommeil, qui est presque l'état habituel des premiers jours de la vie, de l'absence des impressions morales, qui, à un âge plus avancé, déterminent le rire ou les pleurs. Plus tard, dit Busch, la mutinerie, l'opiniâtreté des enfants seront des causes d'insuccès. Ce chirurgien ne comprend pas qu'une plaie si simple, et dont les bords sont bien rapprochés, soit susceptible d'une inflammation violente, et puisse donner lieu à des convulsions ou à la mort. Quand on n'opère pas à la naissance, on voit, dit-il, des enfants mourir dans le marasme, par défaut d'alimentation.

Puis, il appuie ses arguments des résultats de sa pratique. Il a opéré avec succès plusieurs enfants dans le premier âge, notamment un enfant né depuis quatre jours et un autre âgé de huit jours.

Il conseille, en conséquence, d'opérer le plus tôt possible.

M. Bonfils adopta cette pratique et n'eut qu'à s'en applaudir.

Enfin, en 1845, M. le professeur P. Dubois a lu à l'Académie de médecine (séance du 27 mai) un mémoire dans lequel, rajeunissant par l'originalité des idées et par la forme sous laquelle il le présen-

(1) Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. V, p. 307.

tait, un sujet qui n'était pas nouveau, ainsi que le disait Roux, il exposa et fit valoir avec une logique parfaite les motifs qui peuvent déterminer le chirurgien à opérer le plus tôt possible, et appuya son opinion de sept faits relatifs à des opérations pratiquées peu de jours après la naissance, et toujours avec un succès complet.

Voilà donc deux opinions opposées qui sont soutenues par des autorités également recommandables. Maintenant, passons en revue et pesons ensemble les arguments qu'on a fait valoir pour et contre l'opinion hâtive ; et, pour conclure, appelons à notre aide le raisonnement et l'expérience.

Si on voulait attendre, pour opérer, que les enfants eussent assez de raison pour comprendre l'importance des résultats de l'opération, et s'abstenir de tout mouvement capable d'en compromettre le succès, ce n'est point à l'âge de trois à six ou sept ans qu'il faudrait les opérer. A cet âge, en effet, les enfants sont toujours fort indociles. Déjà assez forts, ils sont très-difficilement contenus pendant l'opération ; et, l'opération faite, l'enfant toujours méfiant, craignant toujours des douleurs nouvelles, quand il voit approcher le chirurgien ou quelqu'un dont il se méfie, s'agite, crie, se livre à des mouvements violents. Comment l'opération du bec-de-lièvre pourra-t-elle réussir dans des conditions pareilles ? Voilà ce qu'on peut prévoir. Ecoutons, maintenant, un chirurgien dont on ne contestera certes pas la compétence sur ce point de pratique. Que nous dit M. P. Guersant ? « L'opération pour les becs-de-lièvre simples réussit toujours, « ou presque toujours, immédiatement après la naissance ou dans « le cours de la première année. De la première à la sixième ou « septième année, le succès constitue l'exception, sans doute à cause « de l'indocilité des enfants et des efforts violents auxquels ils se « livrent. » (Séance de la Société de chirur. du 9 janvier.)

Donc, si on n'a pas opéré dans le cours de la première année, il conviendra d'attendre que l'enfant ait atteint l'âge de raison. Quelques enfants, dont la raison est précoce et la docilité exceptionnelle, pourront être opérés à l'âge de sept ou huit ans ; pour les autres, il faudrait attendre l'âge de dix, douze ou quinze ans ; mais quand l'opération est ainsi retardée, les dents incisives supérieures, qui ne sont pas contenues par la lèvre, se dévient souvent, donnent lieu à une difformité désagréable, et doivent quelquefois être sacrifiées.

Il y a donc tout avantage à opérer le bec-de-lièvre dans les premiers temps de la vie ; mais, est-ce dans les premiers jours, ou seulement dans les premiers mois ?

Que l'enfant soit opéré dans les premiers jours qui suivent sa nais-

sance ou qu'il le soit à l'âge d'un à cinq mois, les conditions morales sont les mêmes. L'enfant n'est sensible qu'à la douleur actuelle, ne conserve pas le souvenir de la douleur passée, n'est point accessible à la crainte. Sous ce rapport, donc, il n'y aurait pas d'avantage à opérer les premiers jours; mais l'opération ne rendrait-elle pas possible l'allaitement naturel, auquel il faudrait renoncer si on n'opérait pas les premiers jours? Non. Le bec-de-lièvre simple n'empêche jamais la succion de s'exercer. Les lambeaux de la lèvre et le bord de la gencive supérieure concourent à intercepter l'air au-dessus du mamelon, et les enfants tettent fort bien avec un bec-de-lièvre simple. L'écartement de la voûte palatine lui-même est loin d'empêcher toujours la succion, et dans les cas où il rend l'allaitement impossible, la réunion des bords de la fente labiale ne changerait guère la position de l'enfant à cet égard. Ainsi, au point de vue de l'alimentation, l'opération pratiquée les premiers jours de la vie ne présente pas les avantages qu'on lui a quelquefois attribués.

L'agglutination des bords de la plaie se fait-elle plus facilement et plus promptement chez les enfants qui viennent de naître que chez ceux qui sont âgés d'un à cinq mois? Rien ne le prouve.

M. P. Dubois attache une certaine importance à la satisfaction qu'éprouve la famille d'être délivrée tout de suite de la vue d'une difformité si choquante. Cette considération peut n'être pas sans valeur; mais l'intérêt de l'enfant doit passer avant tout, et si on donne à celui-ci quelques chances favorables de plus en différant l'opération, on doit le faire. Or, chez le nouveau-né, la vie est encore si mal assurée, que la moindre cause peut donner la mort. Aussi, voyez avec quel soin M. Dubois évite l'écoulement du sang. Dans ce but, il s'abstient de décoller les bords de la fente labiale, de détacher le frein de la lèvre supérieure; il veut qu'on se contente de rafraîchir les deux bords et qu'on les affronte aussi exactement que possible, comptant sur leur coaptation parfaite pour empêcher toute effusion consécutive du sang. Malgré toutes ces précautions, sur six enfants qu'il a opérés, tous ont eu une hémorrhagie. Chez l'un, la perte du sang a été assez forte pour le faire pâlir sensiblement; chez les deux autres, le sang a été avalé, et rendu, dans un cas, par le vomissement, dans l'autre, par les selles. On conçoit que si, malgré toutes les précautions prises par M. Dubois, dont la prudence est bien connue, cet accident a pu se produire trois fois sur six, à un faible degré, il est vrai, il est fort à craindre que, dans d'autres cas, il ne devienne une cause de mort : du reste, même sans qu'il y ait d'hémorrhagie, il n'est pas rare de voir l'enfant nouveau-né succomber

peu d'heures après l'opération. C'est ainsi que j'ai vu s'éteindre en vingt-quatre heures un enfant de trois jours qui avait été opéré en ma présence par un de mes confrères. M. Denonvilliers a signalé plus de dix cas mortels, sur un nombre assez restreint d'opérations pratiquées dans de pareilles circonstances; d'où il conclut avec raison que l'opération hâtive est beaucoup plus dangereuse qu'on ne pourrait le supposer.

Il faut donc attendre que la vie soit plus sûrement établie, que l'enfant soit habitué au milieu dans lequel il doit vivre, qu'il soit habitué au lait de sa nourrice, au biberon, s'il doit être allaité artificiellement, ce qui est une condition bien moins favorable. Un enfant, âgé d'un à cinq ou six mois, bien portant, doit mieux supporter la douleur inséparable de l'opération et la perte d'une certaine quantité de sang que celui qui vient de naître. Quand le sujet sera dans ces conditions, on ne craindra plus de faire les dissections nécessaires pour arriver à un rapprochement plus exact; la vie sera moins exposée, et l'enfant aura gagné à ce que l'opération fût différée.

Ce n'est donc pas dans les premiers jours de la vie que nous conseillons d'opérer, mais seulement dans les premiers mois. L'opération ne doit pas être faite avant le vingtième jour, ni différée jusqu'après le cinquième ou le sixième mois; elle doit toujours être pratiquée avant que commence la dentition; et comme, en définitive, elle n'a d'autre but que de faire disparaître une difformité, qu'elle ne peut améliorer les conditions vitales de l'enfant, que sa réussite est compromise par la faiblesse du sujet, elle ne doit jamais être pratiquée que sur des enfants bien portants et assez forts. Si l'on a affaire à un sujet faible et maladif, il faut s'abstenir jusqu'à ce que celui-ci se trouve dans un meilleur état.

Voilà, à mon tour, mon avis sur l'époque où doit être opéré le bec-de-lièvre simple. Nous sommes à peu près d'accord avec MM. Denonvilliers et Gosselin (Société de chirurgie, séance du 16 janvier); et mon opinion n'est pas fondée sur le raisonnement seul. J'ai eu occasion d'opérer neuf becs-de-lièvre simples, chez les jeunes enfants. Le plus jeune de ceux que j'ai opérés était âgé de vingt jours seulement; mais il était bien constitué, bien portant, et était allaité par sa mère, excellente nourrice; le plus âgé avait six mois. Dans les neuf cas, j'ai parfaitement réussi.

La bifidité du voile du palais, l'écartement de la voûte palatine avec intégrité du bord alvéolaire ne modifient en rien l'indication.

Mais si la difformité est compliquée d'un écartement de la voûte

palatine et du bord alvéolaire, si le bec-de-lièvre double est compliqué d'une saillie du tubercule incisif, c'est tout autre chose. On ne peut plus alors penser à opérer dans les premiers jours de la vie. M. P. Dubois lui-même, partisan décidé de l'opération hâtive dans le bec-de-lièvre simple, la rejette dans les cas compliqués : c'est que le nouveau-né, qui peut supporter une opération simple et courte, n'entraînant qu'une perte de sang très-peu considérable, ne saurait être soumis, sans un très-grand danger, à une opération longue, difficile et fort douloureuse, qui, à cause des dissections qu'elle nécessite, peut être suivie d'une hémorrhagie grave. Il n'en est plus ainsi quand l'enfant est âgé de cinq ou six mois. S'il n'est pas malade alors, il a acquis des forces, et peut supporter l'opération. Notons que, dans ces cas compliqués, on aurait le plus grand intérêt à ce que le bec-de-lièvre fût réuni le plus tôt possible, parce qu'il est bien reconnu que la pression que la lèvre et les joues exercent sur les os écartés, après la guérison du bec-de-lièvre, contribue puissamment à rapprocher les pièces osseuses ; mais quel est, dans ce cas, le résultat de l'opération ? Ecoutons encore ici les membres de la Société de chirurgie :

« L'opération, qu'on ne peut tenter dans les premiers jours de la vie, ne réussit que par rare exception chez l'enfant âgé de quelques mois, et réussit moins encore à l'âge de deux ou trois ans. La mort est la suite fréquente de l'opération faite dans de pareilles circonstances ; et quand elle n'est pas mortelle, l'opération est ordinairement sans résultat. » Mais quelle est la cause de tant de revers ? La plupart des faits sur lesquels raisonnaient les membres de la Société de chirurgie qui ont pris part à la discussion avaient été recueillis dans les hôpitaux ; là, les conditions hygiéniques sont peu favorables, les soins minutieux manquent complétement. Dans la clientèle de la ville, l'opération serait, je crois, moins meurtrière ; mais y serait-elle souvent couronnée de succès ? Je ne le pense pas. Ici encore, le succès est l'exception, et il me semble résulter des détails de cette discussion que toutes les fois que la suture se trouve sur une brèche de l'arcade alvéolaire, toutes les fois qu'elle n'est pas recouverte (ces messieurs disent *soutenue*) en arrière, la réunion échoue. M. Guersant a fait, dit-il, au moins dix fois l'ablation du tubercule incisif, et jamais il n'a réussi dans ces cas ; il a toujours vu échouer la réunion, et il attribue ces insuccès constants à ce que la suture n'est pas *soutenue* en arrière. M. Michon explique le fait de la même manière. (Séance du 9 janvier.)

Comment faire disparaître cette cause d'insuccès ? On ne peut

guère, dans ces cas, donner un point d'appui artificiel à la lèvre; aussi, la déduction logique de cette discussion serait, il me semble, qu'il ne faut pas opérer dans les cas où la réunion de la lèvre doit correspondre à une brèche du bord alvéolaire. Il faudrait donc s'abstenir dans les cas de bec-de-lièvre unilatéral avec écartement un peu considérable du bord alvéolaire, et dans les cas de bec-de-lièvre double avec une saillie du tubercule incisif, à laquelle on ne peut remédier que par l'ablation du tubercule osseux.

Voilà où en est l'art sur cette importante question pratique. J'espère lui avoir fait faire un pas en avant, comme je le montrerai dans un prochain article, si vous voulez bien m'accorder encore quelques moments d'attention. (*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la préparation du valérianate d'atropine.

Les valérianates, cette nouvelle classe de sels sur lesquels l'attention des expérimentateurs s'était fixée d'une manière toute spéciale pendant les années dernières, semble n'avoir pas donné tous les résultats qu'on en attendait. Les travaux que ces études étendues eussent dû fournir ont été, en effet, bien peu nombreux. La nouvelle tentative de M. Michéa aura-t-elle un résultat plus durable? A l'expérience de prononcer. Les succès nombreux de l'emploi de la valériane, et ceux plus récents de la belladone et de son alcaloïde, l'atropine, dans le traitement des névroses et spécialement de la plus réfractaire de toutes, l'épilepsie, ont suggéré à ce médecin l'idée d'associer les deux médicaments et de les constituer à l'état de sel. Pour arriver à ce résultat, M. Michéa eut recours au procédé qui suit :

Pr. Acide valérianique....... 1 gramme 50.
Atropine................ 1 gramme.
Alcool.................. Q. S.

Abandonnez le tout à l'évaporation spontanée, puis à celle qu'on obtient avec la machine pneumatique. L'acide et l'alcool dégagés, il reste une masse semi-liquide, de consistance gommeuse, de couleur jaune et de réaction acide, n'offrant aucune odeur.

M. Bouchardat, dans son Annuaire de 1854, avait également vanté le valérianate d'atropine dans plusieurs affections spasmodiques et convulsives, et comme il ne donnait pas le mode de préparation de ce sel, M. Garnier a publié la formule suivante, qui est d'une grande simplicité :

Pr. Atropine............. 10 grammes.
Acide valérianique..... Q. S. pour arriver à saturation.

Ce pharmacien fit dissoudre l'atropine dans un peu d'alcool à une douce température, puis ajouta l'acide valérianique par petites portions, jusqu'à ce que la solution commençât à rougir le papier de tournesol, et après une légère évaporation dans une capsule de porcelaine, il obtint 12 grammes 50 centigrammes de valérianate d'atropine.

Ainsi dans ces deux modes de préparation du valérianate proposés par M. Michéa et par M. Garnier, la quantité d'acide varie beaucoup; de 1 partie 1/2 à 3 dixièmes au plus. Quoi qu'il en soit de cette variation, c'est à sa base, à l'alcaloïde, que ces associations médicamenteuses doivent leur énergie, et nous partageons l'avis émis par Bouchardat, dans l'article auquel nous avons fait allusion plus haut, que l'*atropine* vaut le *valérianate d'atropine* dans le traitement des affections nerveuses.

Pour ceux qui voudraient essayer le nouveau médicament, nous dirons que la dose du valérianate d'atropine est au début, chez les adultes, de 1 milligramme par jour, qu'on double au bout d'une ou deux semaines. Il est difficile de dépasser la dose de 2 milligrammes, les troubles de la vision, qui apparaissent alors, effrayent les malades. Chez les enfants, la dose est de moitié ; on ne doit jamais dépasser 1 milligramme. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que pour obtenir des résultats thérapeutiques évidents, il faut prolonger le traitement pendant des mois.

Mode de préparation de l'extrait alcoolique de gaïac.

De toutes les préparations de gaïac, la plus active, selon M. Righini, serait l'extrait alcoolique préparé ainsi qu'il suit :

Pr. Râpure de bois de gaïac pulvérisée grossièrement. 660 gramm.
Alcool pur à 36° (Baumé)........................ 5,750 gramm.

Que l'on fait digérer dans une marmite autoclave pendant vingt-quatre heures, en excitant de temps en temps le liquide à la digestion, moyennant la chaleur portée à un degré qui en détermine l'ébullition. On passe le liquide qui tient en solution les principes du gaïac à travers un linge, on soumet le résidu à l'action d'une pression. Les liquides sont reçus dans un récipient. Après quelque temps on sépare par décantation le liquide clair du dépôt de râpure de gaïac qui s'y est formé, et on le verse dans un alambic de cuivre étamé et au bain-marie, on extrait à peu près 3,450 grammes d'alcool. On retire du feu le récipient, on enlève la résine qui se trouve

sous la forme d'une masse visqueuse, et on l'emploie de la manière suivante : le liquide de couleur de café au lait, d'une odeur semblable à la vanille et résultant de la réunion du principe âcre oléeux, mêlé à la gomme et à un peu d'extrait, s'évapore dans l'appareil jusqu'à réduction d'environ 1,500 grammes de liquide ; ensuite on réduit en poudre la résine et on l'unit au liquide, en agitant, jusqu'à ce que le mélange soit complet. Alors on verse l'extrait alcoolique sur un plat de faïence, et par le refroidissement on a une substance résineuse, dure, se cassant en écailles, d'une odeur aromatique rappelant la vanille, et se réduisant en poudre.

Avec cet extrait, on prépare un sirop qui se mélange aux émulsions gommeuses, à la tisane de salsepareille, etc. Le mode de préparation de M. Righini est basé, on le voit, sur la pensée que la résine est l'une des parties constituantes les plus actives du gaïac. Bon nombre de thérapeutistes ont contesté le fait et pensent que l'infusion du médicament suffit pour en obtenir tous les bons effets. Nous nous rangeons parmi eux.

Préparation facile de la liqueur des Hollandais.

Ce procédé est dû à M. Limpricht. Le gaz oléfiant ou le gaz d'éclairage est dirigé dans une cornue renfermant:

Peroxyde de manganèse,..........	2 parties.
Sel marin........................	3 parties.
Eau..............................	4 parties.
Acide sulfurique...	3 parties.

Le tube qui amène le gaz ne doit plonger que de 2 centimètres au-dessous de la surface du mélange propre à donner le chlore. On chauffe doucement, et vers la fin de l'opération on élève la température pour distiller la liqueur des Hollandais.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Un Mot sur la constriction du cou, ou maladie de la cravate.

L'usage de protéger le cou avec la cravate n'est pas exempt d'inconvénients et même de danger.

Insensiblement serrée par une ligature, cette partie du corps peut supporter un degré considérable de pression, sans gêne ni douleur appréciable que l'on puisse du moins rattacher à cette cause, tant est masquée la source du malaise ressenti.

Nous avons contracté, depuis quelques années l'habitude de passer l'index entre le cou et la cravate des malades qui viennent à nos consultations, et, un grand nombre de fois, il nous a été difficile d'y faire glisser ce doigt, tant était forte l'action compressive.

Pas un de ces malades ne veut convenir de l'excès de pression exercée par la ligature, ni croire à la nécessité de la diminuer.

Il y a dans la pose de ce collier un charme trompeur, qui tient à l'activité même de sa puissance compressive. En augmentant la vascularité de la face, elle lui donne un aspect passager de santé, qui charme certaines natures : graduellement augmentée, la pression amène des changements profonds dans la forme du cou et un cortége de misères, qui forcent enfin les patients à recourir aux conseils d'un médecin.

On remarque alors, et c'est là le signe pathognomonique de la maladie, le gonflement quasi-variqueux des veines frontales et jugulaires derrière l'angle du maxillaire inférieur. Le système capillaire de la face est dans un état avancé de turgescence, dont la couleur varie du rouge jusqu'au violet foncé, selon le degré et l'ancienneté de la souffrance vasculaire. Ces signes, bien constatés, sont l'indice probable de la maladie de la cravate, dont l'existence est définitivement établie par la vérification du doigt se glissant avec effort entre le cou et ce lien circulaire.

Les doutes qui pourraient rester dans l'esprit sur l'étiologie en question tombent naturellement d'eux-mêmes, au moment où la cravate est enlevée. Les veines frontales et jugulaires s'effacent instantanément, et la physionomie prend aussitôt un aspect calme, posé, qui surprend, étonne et émeut parfois les personnes assistant à ce petit drame patho-hygide.

Si l'on examine attentivement le cou, l'on remarque dans toute la partie comprimée des vergetures de couleur et de formes différentes, correspondant aux points variés de compression. Une fois, nous avons vu l'os hyoïde effacé et refoulé fortement en arrière, mais le plus souvent il est rendu plus apparent à cause de l'aptitude plus grande des parties inférieures à être comprimées par une étroite cravate : il nous a été donné d'observer une fois un *cou* ramené au volume de la colonne vertébrale légèrement augmentée de ses parties molles, diminuées et réduites à leur plus simple expression.

Les effets locaux ne sont pas ordinairement portés à ce degré, mais on comprend bien qu'ils puissent incessamment s'augmenter sous l'influence d'une pression lente et chaque jour activée, même pendant la nuit.

Les malades ignorent complétement la cause de tous ces désordres.

Un jeune homme est venu nous consulter pour lui donner un remède qui pût affaisser ses deux veines frontales démesurément gonflées : en présence de sa mère qui l'avait accompagné, ces deux veines disparurent, après avoir desserré et enlevé la cravate.

Ce malade à part, tous les autres se sont plaint de phénomènes pathologiques plus éloignés, et que nous pourrions appeler *secondaires*. Malaise général, difficulté de marcher, faiblesses dans les jambes, gêne dans la respiration, douleur dans le cœur, digestions difficiles, constipation, amaigrissement, diminution considérable dans les forces, vertiges; voilà le tableau général des souffrances ressenties par ces malheureux étranglés.

Nous avons reçu, il y a quelque temps, une lettre de gratitude annonçant la guérison immédiate du malade dont le cou avait été si violemment comprimé, que son volume avait été réduit à celui de la colonne cervicale. De nombreux remèdes, conseillés par des hommes instruits, avaient été inutilement employés ; la suppression de la cravate, ou son simple relâchement, a promptement fait justice des infirmités longuement préparées par cette ligature trop fortement serrée jour et nuit. Inutile de dire que ce malade était en proie à toutes les misères de la strangulation lente énoncée dans le précédent paragraphe.

Les effets organopathiques, engendrés par la pression circulaire du cou, sont trop fréquents, trop graves et trop souvent ignorés, pour ne pas éveiller l'attention de nos confrères sur *la maladie de la cravate*, appellation étiologique et thérapeutique, qui révèle à la fois la cause du mal et son véritable remède. SERRES, d'Alais.

De l'examen du ventre, considéré au point de vue obstétrical.

M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, vient de publier, dans la Gazette médicale de Paris, l'observation fort curieuse et fort instructive d'un accouchement laborieux terminé à l'aide du chloroforme. En la publiant dans toute sa sincérité, M. Maunoury a réellement posé un acte de probité scientifique qui l'honore, et je serais bien au regret de blesser en aucune façon un confrère aussi estimable. Mais comme l'erreur qu'il confesse avec une bonne foi exemplaire a été souvent commise et qu'elle peut l'être encore, au grand préjudice de l'enfant et même de la mère, il me paraît opportun de publier dans ce journal quelques remarques relativement au diagnostic des présentations de l'épaule.

Toutes les régions du tronc peuvent primitivement correspondre au segment inférieur de l'utérus ; mais, comme Mme Lachapelle l'a établi depuis longtemps, l'épaule, à cause de la saillie qu'elle constitue, est à peu près seule capable de se fixer définitivement à l'entrée du bassin. D'où il suit que l'on peut, avec la célèbre sage-femme, rapporter presque toutes les présentations du tronc aux présentations de l'épaule. Celles-ci, toutefois, sont tantôt franches, tantôt défectueuses, c'est-à-dire que l'acromion peut répondre au centre de l'orifice utérin ou s'en trouver dévié, soit dans le sens antéro-postérieur, soit dans le sens latéral.

Qu'arrive-t-il au début du travail ? C'est que l'épaule et le bras qui la continue s'adaptent mal à l'entonnoir que la matrice forme inférieurement, et qu'il est parfois très-difficile d'y atteindre. Or, la même chose a souvent lieu dans les présentations du siége. Le diagnostic différentiel offre d'autant plus de difficultés que l'on craint de rompre la poche des eaux, dont la conservation est si importante dans les deux hypothèses, et plus spécialement encore dans la première.

Cependant le doigt atteint une tumeur charnue, et peut-être y distingue-t-il l'acromion ou la crête de l'omoplate, si la présentation est inclinée. Mais une fesse avec la saillie de l'ischion ou du grand-trochanter peut évidemment nous donner les mêmes sensations. L'incertitude subsiste donc, si même nous ne tombons dans l'erreur.

N'y a-t-il pas moyen de sortir du doute, ou, ce qui n'est pas moins important, d'y entrer, lorsque par hasard notre premier jugement est erroné ? Voilà la question. Est-elle insoluble? Je ne le pense pas, au moins dans la majorité des cas. Pour la résoudre, le praticien doit s'adresser aux renseignements que la femme peut fournir, et surtout à l'examen minutieux du ventre.

Lorsque le grand axe du fœtus n'est pas en rapport avec celui de la matrice, les derniers temps de la gestation sont généralement plus pénibles ; les mouvements se font sentir en des points opposés ; souvent la femme soupçonne le vice de présentation ou elle croit à l'existence de jumeaux ; si elle a déjà eu des enfants, elle nous dit qu'elle ne porte pas comme les autres fois.

Sans cependant attacher à ces données une valeur qu'elles pourraient ne pas avoir, bien qu'il soit toujours sage d'en tenir compte, mettons la femme dans une position horizontale, relevons-lui légèrement le thorax, fléchissons les cuisses sur le bassin, et, après avoir découvert le ventre, supposons d'abord la poche des eaux encore intacte.

Si c'est l'épaule qui se présente, parfois l'inspection seule, plus sûrement le palper et la percussion, pratiqués avec soin, nous apprennent que l'utérus n'est plus ovoïde, qu'il est déformé, élargi transversalement ou obliquement, qu'il est déprimé ou dépressible vers son fond ou vers l'un de ses angles supérieurs.

Palpons les deux fosses iliaques : l'une est vide ; dans l'autre, nous trouvons une tumeur volumineuse, dure, régulièrement arrondie (la tête); vers le flanc opposé, une autre tumeur, large aussi, mais moins dure (le siége), avoisinée par de petites saillies anguleuses, mobiles (les pieds ou les genoux), surtout facilement reconnaissables quand l'abdomen de l'enfant est tourné en avant.

Entre les deux grosses-tumeurs (tête et siége), la paroi antérieure de la matrice est ferme si le dos du fœtus lui correspond ; elle est simplement rénitente, dépressible, si c'est le creux abdominal qui se trouve dirigé vers elle.

Après l'œil et la main, consultons l'oreille :

Si c'est l'épaule gauche qui se présente, le summum d'intensité du bruit cardiaque s'entendra fort bas ; si c'est la droite, il siégera un peu plus haut, mais il n'atteindra pas encore le niveau de l'ombilic, à moins que la partie ne soit excessivement élevée, ce que le toucher peut au moins nous apprendre.

Revenons aux mêmes moyens d'investigation, en supposant maintenant que le siége se présente :

L'utérus a conservé sa bonne forme ovoïde ; ses dimensions transversales n'offrent point d'excès d'étendue ; elles n'empiètent sensiblement ni sur l'une des fosses iliaques, ni sur l'un des flancs ; le fond de l'utérus n'est point déprimé ; il présente vers son milieu, plus souvent vers l'un de ses angles latéraux, une tumeur ronde, dure, volumineuse (la tête), qui n'est surmontée ni avoisinée par de petites saillies, et que la main peut, en quelque sorte, empoigner pour la porter de côté et d'autre par une espèce de ballottement.

Par l'auscultation, nous constatons que le summum d'intensité du bruit du cœur est au niveau ou au-dessus de l'ombilic.

Jusque-là, nous avons supposé la poche des eaux intacte ; supposons-la rompue.

Si la dilatation de l'orifice utérin est complète ou à peu près, au moment où les membranes se déchirent, il est assez rare que l'indicateur seul, ou l'indicateur et le médius ne parviennent pas à établir le diagnostic. Dans le doute d'ailleurs on introduit les quatre doigts et, au besoin, toute la main, pour reconnaître la partie et faire

la version, si elle est nécessaire, c'est-à-dire si c'est réellement l'épaule qui se présente.

Nous n'avons donc à nous occuper ici que du cas où la rupture de la poche des eaux est prématurée et l'exploration vaginale insuffisante.

Dans ces conditions, l'écoulement du liquide amniotique devient bientôt complet. Si pourtant la matrice reste quelque temps inerte, ou si elle ne revient sur le fœtus qu'en vertu de sa contractilité de tissu, elle se présente à notre observation avec des caractères qui s'éloignent peu de ceux que nous avons indiqués plus haut. Mais il n'en est plus de même quand elle se contracte avec force et qu'elle tend à expulser son contenu. Si c'est le siége qui se présente, il s'abaisse nécessairement sous l'effort et devient de plus en plus accessible; si c'est l'épaule, elle s'abaisse aussi, mais en même temps, les contractions utérines infléchissent et courbent le tronc du fœtus sur son plan antérieur d'abord, puis sur celui de ses plans latéraux qui est dirigé en haut, de manière que le crâne et les membres pelviens se trouvent reportés l'un vers l'autre et vers la ligne médiane du viscère. Ils peuvent même être mis en un contact plus ou moins immédiat, comme il m'est arrivé de le reconnaître par le palper extérieur, et de le constater ensuite par l'introduction de la main.

Mais alors encore l'ovoïde utérin est déformé ; sa hauteur n'est plus en rapport avec sa largeur; celle-ci se trouve relativement exagérée au niveau, et surtout au-dessous de l'ombilic ; la tumeur constituée par le crâne est plus bas que ce même point, tandis que les saillies des pieds ou des genoux se rencontrent plus haut, vers le fond du globe utérin. Enfin les bruits du cœur se perçoivent d'autant plus bas que l'épaule est plus engagée.

S'agit-il, au contraire, de la présentation des fesses; la matrice est réduite de volume, elle reste allongée et surtout *étroite;* son fond ou l'un de ses angles se trouve occupé par le crâne, qu'il est presque toujours facile de reconnaître; les membres pelviens allongés, appliqués contre le plan antérieur du tronc, ne forment pas de saillies distinctes, ou si par hasard les pieds peuvent se sentir, c'est toujours au-dessous de la tumeur céphalique, et jamais au-dessus, comme dans la première hypothèse. Faut-il répéter qu'à engagement égal le bruit cardiaque s'entend plus haut dans la présentation du siége que dans celle de l'épaule?

Cela est-il plus difficile que de tracer, à quelques millimètres près, les limites d'un épanchement pleurétique, d'une hépatisation pulmonaire, d'un engorgement du foie, d'une congestion de la rate,

comme les cliniciens le font de nos jours? L'expérience m'a appris que non. Sans doute il faut de l'exercice, de l'habitude, mais n'en faut-il pas pour le diagnostic des affections que nous venons de citer? Et pour rester dans la pratique des accouchements, l'habileté dans le toucher s'acquiert-elle en un jour? Qui ne se rappelle qu'au début de ses études tout lui paraissait obscurité et confusion, lorsqu'il s'agissait de distinguer les positions entre elles et même de reconnaître simplement la présentation?

Sans doute aussi, l'utérus et son contenu ne s'offrent pas toujours à l'examen avec les caractères de netteté et de précision que je viens de supposer. Je suis le premier à le reconnaître, quelques-uns de ces caractères peuvent manquer ou être difficiles à apprécier; mais, par contre, un seul d'entre eux, bien constaté, devient souvent un jet de lumière, et s'il ne nous éclaire pas complétement, il nous ramène au doute. Or, revenir au doute, c'est rentrer dans la bonne voie, c'est être conduit à de nouvelles recherches jusqu'à ce que la vérité se fasse jour.

Ce n'est pas seulement sous le rapport du diagnostic différentiel des présentations de l'épaule et du siége que l'examen de l'utérus est utile. Il nous fournit aussi des renseignements précieux dans une foule d'autres circonstances. Prenons quelques exemples : Un accident, une hémorrhagie je suppose, réclame la version podalique; vous savez que la tête se présente, mais vous ignorez en quelle position. Explorez le ventre; si le summum d'intensité du bruit cardiaque est à droite, si du même côté la paroi antérieure ou latérale de la matrice est ferme, si, au contraire, elle est dépressible du côté opposé, si de ce dernier côté vous reconnaissez distinctement de petites saillies anguleuses, mobiles, n'en doutez guère, les pieds sont à gauche; introduisez la main droite.

Une jeune fille veut vous tromper sur son état. Vous ne pouvez ou vous ne voulez pas trahir vos soupçons en proposant le toucher. Examinez le ventre avec soin, examinez-le surtout le matin à jeûn, après l'émission des urines, et presque toujours vous saurez à quoi vous en tenir.

Les avantages de l'exploration abdominale sont aujourd'hui exposés dans tous les bons traités d'accouchements; je les ai moi-même signalés en 1843 [1], mais ils ne sont pas encore assez généralement appréciés dans la pratique. S'ils l'étaient, on verrait moins

[1] Des présentations vicieuses du fœtus et des manipulations extérieures pour les corriger. — *Encyclographie des sciences médicales.* Bruxelles, juillet 1843, p. 109.

souvent des grossesses méconnues jusqu'à six à sept mois, et même jusqu'à terme, comme je pourrais en citer de nombreux exemples; on ne verrait guère des médecins partager jusqu'au dernier moment l'illusion de femmes faisant de longs préparatifs pour recevoir un enfant qui ne doit pas venir, comme je l'ai également vu plus d'une fois.

Une dernière réflexion : On exerce beaucoup les élèves au toucher vaginal et l'on a raison, puisque c'est la boussole de l'accoucheur; mais on a le tort de ne pas les exercer assez à l'examen du ventre, qui, à mon sens, ne rend guère moins de services. En tout cas, n'est-il pas sage de mettre plus d'une corde à son arc? HUBERT,

Professeur d'accouchements à l'Université de Louvain, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique, par M. le docteur Mialhe, pharmacien de l'Empereur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Nous ne savons pas s'il existe un seul chimiste aujourd'hui pour qui la vie ne se résolve en un ensemble régulier de phénomènes physiques et chimiques, ou connus ou encore indéterminés. Ainsi que le pouvaient déjà faire pressentir ses travaux antérieurs, c'est dans cette voie que devait marcher résolûment M. le docteur Mialhe, quand il aborderait, dans un ouvrage de plus longue haleine, la question des rapports de l'organisme vivant avec les forces cosmiques. Tel est, en effet, le caractère tranché dont est marqué le livre que nous allons succinctement examiner.

Peut-être plus libre dans notre appréciation, et pour sauver l'auteur du soupçon d'un grossier matérialisme, qui n'est pas dans sa pensée, nous dirons de suite qu'il a pris soin lui-même de placer, dans une sphère essentiellement distincte de celle où se développent les phénomènes physiques, les phénomènes d'intelligence, de conscience et de volonté, etc. Il y a un abîme entre les faits purement physiques et les faits ou les actes de l'entendement : prétendre saisir la plus petite relation entre des phénomènes aussi profondément distincts, c'est avouer du même coup qu'on ne comprend rien ni aux uns ni aux autres. M. Mialhe a trop de bon sens pour tomber dans une si grossière erreur; il n'a pas assez de prétention pour en faire un puéril jeu d'esprit. Mais cette réserve faite, M. Mialhe n'hésite pas à rattacher aux forces physiques et chimiques tous les autres phénomènes qui se passent au sein de l'organisme vivant : seulement, tandis que les corps inorganiques subissent fatalement la loi

de ces forces, les corps organiques, en vertu d'une constitution qui leur est propre, font obstacle à l'action absolue de cette loi, et la vie est tout ensemble une harmonie et une résistance. Plus d'une fois, nous avons rencontré sur notre route cette doctrine qui, avec des fortunes diverses, s'est produite à presque toutes les grandes époques de la science ; nous l'avons toujours combattue, nous le ferons encore ici, mais en quelques mots seulement, de peur qu'on ne prenne pour un assentiment complet à l'esprit de l'ouvrage les éloges, si bien mérités, suivant nous, que nous accorderons à plusieurs de ses parties.

Que des physiciens, des chimistes, qui n'ont étudié que d'une manière fort incomplète la manifestation de la vie normale ou pathologique, soient dupes d'une analyse qui n'atteint que l'écorce des choses, qui ne s'occupe que des conditions matérielles des phénomènes, nous le comprenons : ainsi est fait l'esprit de l'homme, qu'il juge de tout par ce qu'il sait le mieux ; mais qu'un homme qui, comme M. le docteur Mialhe, a étudié et étudie encore tous les jours le jeu de l'organisme dans les actes mêmes par lesquels la vie se réalise, tombe dans une semblable erreur, voilà ce que nous ne comprenons pas. Oui, sans doute, au sein de l'organisme vivant, il se passe des phénomènes physiques d'électricité, de chaleur, de lumière, de pesanteur, d'hygrométrie, d'endosmose, des phénomènes chimiques d'affinité, d'attraction, de composition et de décomposition, des phénomènes de catalyse ou de fermentation, que nous ne voyons encore que comme dans une énigme, pour nous servir d'une expression bien connue ; oui, tout cela est vrai, et prétendre le contraire, c'est fermer volontairement les yeux à la lumière, pour vivre en pleine illusion. Mais comment tous ces phénomènes, d'ordre déjà si divers entre eux, s'harmonisent-ils, se disciplinent-ils, se coalisent-ils pour réaliser l'admirable unité de la vie ? Qu'ont à faire, je vous prie, les forces physiques ou chimiques dans le fait de la conception, où le contact d'une gouttelette de matière amorphe, avec une vésicule identique en apparence avec plusieurs tissus homœomorphes ou hétéromorphes, fait jaillir la vie avec ses manifestations les plus complexes ? Est-ce que la chimie ou la physique ont quelque chose également à faire avec la solidarité fonctionnelle, avec les sympathies, les servitudes pathologiques, les transmissions héréditaires, etc. Or, nous disons que tous ces grands phénomènes, qui ne sauraient relever de l'action des forces purement cosmiques, supposent nécessairement derrière eux l'action d'une autre force, que nous appelons force vitale. Nous savons bien que, dans la pensée de M. Mialhe, une fois les liquides et les solides formés par l'action ré-

ciproque des principes immédiats, de cette organisation, de cette constitution naissent des propriétés nouvelles, qu'il permet qu'on appelle propriétés vitales ; mais de ce conflit d'actions isolées, mêlées aux réactions chimiques qui s'accomplissent certainement au sein des organes, tant qu'ils vivent, comment ferez-vous sortir ce concert admirable de fonctions qui constitue l'harmonie, l'unité de la vie ?

Toutefois, hâtons-nous de le dire, bien que M. Mialhe se borne à l'étude isolée des fonctions, celles-ci ne sont guère que des réactions chimiques, et il ne sent pas le besoin d'un lien logique entre ces diverses réactions, mais il n'en est plus de même, quand il sort de ces études fragmentaires, pour embrasser les choses de la vie dans leur harmonieux ensemble : on sent alors fléchir un peu ses convictions, et son instinct médical (nous employons ce mot à dessein) vient tempérer heureusement l'expression de ses affirmations doctrinales. Ecoutez plutôt : « Cause ou effet, la chimie intervient certainement dans l'accroissement et l'entretien de tous les êtres vivants. Si l'essence de la vie est loin de résider tout entière dans l'affinité et dans les diverses réactions des molécules entre elles, les phénomènes physiques et chimiques n'en doivent pas moins être considérés comme un élément indispensable à sa manifestation. C'est par des phénomènes chimiques que s'accomplissent les fonctions de la respiration, de la digestion, de l'assimilation et des sécrétions. Sous ce point de vue, l'existence des êtres organisés consiste en une série non interrompue de réactions chimiques. »

Nous avons cité textuellement ce court passage du traité de Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique, parce qu'il est fort explicite, et qu'en ces termes on trouverait un bon nombre de vitalistes, qui ne répugneraient pas trop à accepter une chimiâtrie auss prudente. Mais nous ne voulons pas pousser plus loin ces remarques qui, si elles sont une protestation contre l'esprit philosophique du livre, n'atteignent en rien la partie expérimentale et pratique de l'ouvrage du savant agrégé de la Faculté, sur laquelle nous allons maintenant jeter un coup d'œil rapide.

Les nombreuses et intéressantes questions qu'a traitées M. Mialhe dans l'ouvrage qu'il vient de publier peuvent se rattacher à trois chefs principaux, qui sont la digestion, l'absorption et son corollaire, dans l'acte complexe de la vie, l'élimination. Sur la première de ces questions, M. Mialhe a émis déjà un certain nombre d'idées originales, qui sont connues de tous les médecins que n'absorbent pas les soucis de la pratique : nous ne pouvons qu'en marquer ici

la place ; mais nous ne pouvons passer sous silence celle de ces idées qui a rapport au diabète. Dans l'opinion de M. Mialhe, la glycose, puisque c'est ainsi que la glucose s'appelle aujourd'hui, résulte exclusivement de l'action de la diastase animale sur les substances amylacées qui entrent dans l'alimentation ; elle est le résultat d'une action toute chimique, et si on la trouve en grande quantité dans le foie, c'est uniquement parce que cet organe l'emmagasine, la condense, mais il ne la forme pas. On le voit, malgré les discussions qui ont retenti dernièrement à ce sujet, au sein de l'Académie des sciences, M. Mialhe reste attaché à son opinion ; la haute position de son contradicteur ne l'a point ébranlé. Nous aimons cette fermeté, parce qu'elle nous paraît l'effet d'une conviction assise sur des bases solides. Quoi qu'il en soit à cet égard, après avoir discuté cette question au point de vue purement physiologique, M. Mialhe l'aborde par le côté thérapeutique, et pose hardiment que le seul traitement rationnel à opposer à cette maladie c'est, d'une part, l'exclusion des substances amylacées de l'alimentation, et, d'un autre côté, l'usage longtemps continué des alcalins. Ce qui est certain, c'est que si cette méthode ne guérit pas toujours, elle soulage au moins le plus souvent. Rien qu'à ce point de vue donc, M. Mialhe a rendu un véritable service à la science, et serait injuste de ne pas le reconnaître.

Nous avons dit que l'auteur, après avoir traité de la digestion, et, chemin faisant, touché à une foule de questions pratiques, comme celle que nous venons d'indiquer, s'occupe de la question de l'absorption ; c'est ici, suivant nous, que se marque surtout l'originalité du livre. Peut-être ne serions-nous pas d'accord avec l'auteur sur tous les points de cette grande question ; mais ce qui nous paraît mériter au plus haut point l'attention des médecins sérieux, ce sont les considérations pratiques que l'auteur a su mêler aux discussions de pure science. Il y a là partout une foule de remarques judicieuses dont la pratique des médecins les plus habiles, nous ne craignons pas de le dire, s'inspirerait heureusement. Aussi n'hésitons-nous pas à recommander d'une manière toute particulière à l'attention des médecins cette partie si intéressante du Traité de chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique.

Nous dirons la même chose du chapitre qui complète celui que nous venons de signaler, et dans lequel l'auteur étudie sous toutes ses faces la question de l'élimination des substances inassimilées dans l'organisme sain ou malade. Enfin, sous la rubrique d'études pharmaceutiques, M. Mialhe ne perd pas un instant de vue les exi-

gences de la pratique quotidienne : il s'élève énergiquement contre une foule d'erreurs commises tous les jours, et qui tendent encore à amoindrir l'influence heureuse d'un art si difficile, même entre les mains les plus habiles. Etudiez seulement à ce point de vue ce qui a trait à la médication purgative, si souvent employée, et vous vous persuaderez bien vite que les plus instruits peuvent encore apprendre à l'école d'un maître aussi attentif et aussi perspicace que l'auteur de l'excellent livre dont nous venons de parler.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Bains (*Influence exercée par les*) *sur l'absorption de la peau.* La peau absorbe-t-elle ? dans quelles circonstances et dans quelle proportion son absorption peut-elle s'exercer ? peut-on faire servir les bains à l'introduction dans l'économie des principes salins ou médicamenteux que l'eau tient en dissolution ? Telles sont les questions qui paraissaient résolues et à l'égard desquelles les recherches récentes de M. Homolle, celles plus récentes encore de M. Duriau, sont venues jeter un grand trouble et une grande incertitude dans les esprits. Les expériences de M. Duriau n'infirment pas l'existence de l'absorption cutanée; elles la confirment au contraire, mais avec cette particularité qu'elles indiquent une marche en sens inverse de l'absorption et de l'exhalation cutanée suivant la température du bain. Ainsi, il y a un degré où l'absorption compense l'exhalation cutanée; c'est ce que M. Kühn, de Niedorbronn, a appelé *point isotherme* ou *limite thermique*, ou bien encore *température normale du bain.* Au-dessus de ce point, qui varie suivant les individus, il y a prédominance de l'exhalation cutanée et par suite perte de poids du baigneur; au-dessous, l'absorption diminue et le poids du corps augmente; ce dernier point correspond toujours à quelques degrés au-dessous de la température de la surface tégumentaire. Quant à la quantité d'eau absorbée dans le bain, elle a beaucoup varié dans les expériences de M. Duriau; néanmoins, en moyenne, la température du bain étant de 22 à 25°, la peau a absorbé 16 gr. d'eau après un quart d'heure d'immersion, 55 grammes après trois quart d'heure et 45 grammes après cinq quarts d'heure de séjour dans l'eau. Mais cette eau qui pénètre dans l'organisme entraîne-t-elle avec elle les principes salins ou autres qu'elle tient en dissolution ? Sur ce point, les résultats ont été entièrement négatifs ; jamais M. Duriau n'a pu retrouver dans l'urine la présence des substances qui se trouvaient dans l'eau du bain. En revanche, un résultat très-intéressant de ses recherches, c'est qu'il a mis hors de doute l'alcalinisation des urines par le fait de l'immersion du corps dans l'eau, résultat dont on était disposé de faire honneur à la présence des substances alcalines dans certains bains médicamenteux. Le même phénomène s'observe que le bain soit neutre, alcalin ou acide. Il faut donc conclure, ou bien qu'il ne pénètre pas du tout de ces substances dans l'économie, ce qui semble en désaccord avec les faits cliniques, ou bien, ce qui est plus probable, que ces substances y pénètrent en quantité très-faible et que même, en vertu d'une propriété inhérente à la matière organique, et que l'on a rapprochées avec raison de la puissance catalytique, ces substances sont modifiées immédiatement dès leur entrée dans la circulation. Nous ne pouvons donc penser avec M. Duriau que les bains médicamenteux, et en particulier les bains d'eaux minérales, n'aient d'autre action curative que celle toute locale exercée à la surface de la peau. Il faudrait des expériences bien plus nombreuses et bien plus variées que celles de M. Duriau pour renverser ce que l'observation de tous les temps a fourni de précieux et d'utile à cet égard; il y a, en effet, quelque chose de plus sensible que les balances des

physiciens et que les réactifs des chimistes, c'est l'organisme humain qui éprouve une modification lente, mais certaine et favorable sous l'influence des bains de telle ou de telle eau minérale, modification dont la stimulation de la peau est tout à fait insuffisante à rendre compte. (*Arch. de méd.*, fév.)

Compresseur (*Nouveaux modèles de*) *à pression continue et graduée*. Ces instruments, que M. Charrière fils a présentés à l'Académie de la part de son auteur, M. Duval, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, se distinguent du compresseur classique en ce qu'ils sont munis d'une vis à l'aide de laquelle on peut graduer la pression. Ils se composent de deux tiges d'acier B,B, qui supportent, à une de leurs extrémités, deux pelotes compressives. A leur partie moyenne, ces branches sont roulées en spirales, de manière à faire deux tours concentriques C. Chacune des deux extrémités de la tige, c'est-à-dire la portion qui prolonge les spirales à droite et à gauche, est percée d'un trou dans lequel s'engage une vis de rappel A. La pression est faite par la seule élasticité du ressort; dans le sens que l'on désire, sans avoir besoin de changer le point d'appui. (*Compte rendu de l'Académie*, janvier.)

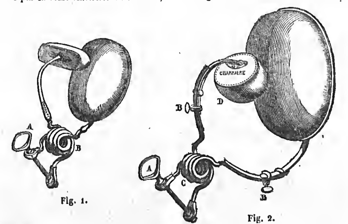


Fig. 1.

Fig. 2.

mais en tournant la vis A de gauche à droite, on rapproche les deux extrémités des tiges, la pression est plus considérable; en tournant en sens contraire ces deux extrémités s'éloignent, et on diminue le degré de pression. La figure 2 représente le modèle le plus compliqué, celui dans lequel les tiges peuvent être allongées ou raccourcies à volonté et dont une de ses plaques D est articulée de telle sorte que l'on peut diriger la compression

Couperose. *De son traitement topique par la pommade au proto-iodure de mercure.* Parmi les affections dartreuses, une de celles dont les malades, les femmes surtout, désirent le plus vivement être débarassées est sans contredit la couperose. Son siége de prédilection au visage explique ce désire. Les dermatologistes jusqu'ici avaient proscrit l'intervention de tous les médicaments topiques, comme inutiles. Nous avons mentionné récemment, d'après M. Rochard, les bons effets de l'iodure de chlorure mercureux. Suivant M. Boinet, la pommade au proto-iodure, dont il a signalé la valeur contre le psoriasis, l'acné et plusieurs autres affections cutanées rebelles, dans ce journal même (*Bullet. de Thér.*, t. XIII, p. 12), ne serait pas moins efficace contre la couperose. Voici sa formule :

Proto-iodure de mercure.	2 à 4 gr.
Axonge.................	20 gr.

Une friction, ou mieux une onction une fois par jour. L'action de cette préparation est toute spéciale, elle attaque directement les pustules de l'acné. Voici, suivant ce médecin, comment les choses se passent. Dès qu'on s'est servi de la pommade, la peau devient plus rouge, s'anime et éprouve une cuisson plus ou moins intense. Pour calmer ces phénomènes d'irritation, qui sont nécessaires pour obtenir la guérison, il suffit de cesser

l'usage de la pommade pendant quelques jours, pour y revenir ensuite ; ou d'appliquer sur les joues des cataplasmes froids de fécule de pomme de terre. Pendant l'application de cette pommade, les pustules se détergent, se modifient, s'affaissent, et la peau recouvre ses propriétés normales. Il faut répéter ces applications jusqu'à ce que les téguments aient recouvré leur aspect naturel.

On fait varier la proportion de sel mercuriel suivant l'ancienneté de la maladie, la finesse de la peau ou la sensibilité plus ou moins grande des individus. L'onction doit être limitée aux parties affectées et répétée chaque jour, tant qu'elle ne détermine pas une sensation de chaleur, de cuisson, de brûlure même. Alors on discontinue l'emploi de la pommade pendant deux ou trois jours, et on la reprend pour la continuer de la même manière jusqu'à la cure radicale, qui quelquefois demande plusieurs mois pour être obtenue, surtout si on a été obligé à des suspensions prolongées. M. Boinet ajoute que la teinture d'iode pure, ou additionnée d'acide acétique, appliquée à l'aide d'un pinceau, lui a également procuré de bons résultats (*Moniteur des Hôpitaux*, janvier.)

Luxations de l'épaule (*Réduction des; par le procédé du refoulement uni à l'élévation du bras.* Nous trouvons dans une thèse soutenue dernièrement à la Faculté de Paris par un ancien interne des hôpitaux, M. Gaujot, des détails intéressants sur ce procédé de réduction que l'auteur de cette thèse considère comme une méthode générale susceptible d'être appliquée à toutes les luxations récentes de l'épaule. Ce procédé consiste, ainsi que l'indique son nom, d'une part dans l'élévation préalable du bras sans tractions verticales nécessaires, et de l'autre dans la pression directe sur la tête humérale, exercés avec les pouces dans le creux axillaire. C'est la réunion des deux anciens procédés, dont les modes d'action réciproque se lient et s'aident mutuellement ; l'un, le procédé de l'élévation, décrit par Mothe en 1812, mais pratiqué avant lui par Withe en 1748 et par Thompson en 1761, seulement avec cette grande différence que ces chirurgiens exerçaient l'extension verticale sur le bras relevé, tandis que le bras est placé dans l'élévation, sans pratiquer aucune traction ; l'autre, le procédé par pressions directes, appelé encore par pressions latérales, par coaptation, méthode répulsive directe (Gerdy) ou méthode d'impulsion, et que M. Richet a désigné encore sous le nom de procédé par refoulement.

Nous reproduisons la description donnée par M. Gaujot de ce procédé de réduction, tel qu'il l'a vu pratiquer plusieurs fois par M. le professeur Denonvilliers. Le malade, tenu couché dans son lit, est soumis aux inhalations de chloroforme jusqu'à la période de résolution. Lorsqu'il ne se manifeste plus d'excitations musculaires, on incline légèrement le bassin sur le côté sain, de manière à dégager un peu en avant l'épaule luxée. Alors, l'avant-bras étant à demi-fléchi sur le bras, un aide soulève doucement et lentement le membre, jusqu'à ce que celui-ci ait dépassé la ligne horizontale. Dans cette situation, le bras présente sa face interne ; l'épitrochlée regarde directement en avant et l'avant-bras étant fléchi, la main est au-dessus de la tête. L'extrémité humérale fait ainsi une saillie plus marquée dans le creux axillaire. Le chirurgien, placé en dehors du malade, dans l'angle formé par le bras écarté du tronc, amène les deux mains en pronation et saisit le moignon de l'épaule, de telle sorte qu'il applique les deux pouces sur la tête de l'os ; et les quatre doigts de chaque main, placés l'un en avant, l'autre en arrière, vont se rejoindre sur le sommet de la région et appuyer sur l'acromion ; contractant alors les doigts de façon à en rapprocher les pouces, il presse ainsi sur la tête humérale, en la dirigeant vers la cavité glénoïde, maintenue et même abaissée par l'action opposée des doigts sur l'acromion.

Les deux surfaces articulaires sont donc, pour ainsi dire, poussées à la rencontre l'une de l'autre. Aux premiers efforts on sent la tête de l'humérus qui glisse dans la cavité de réception. Ce mouvement se communique au bras et avertit, pour ainsi dire, l'aide qui le soutient que la luxation est réduite. En effet, le bras, immédiatement abaissé, permet de constater que les rapports normaux de la région sont rétablis. Il ne reste plus qu'à maintenir la réduction par un bandage. Celui de M. Malgaigne, composé de deux courroies en fil croisées et cousues ensemble, remplit parfaitement cette indication.

Ce procédé, dit M. Gaujot, et nous partageons entièrement son opinion à cet égard, offre des avantages incontestables : il est celui de tous qui est

le plus simple, qui demande le moins de force et qui provoque le moins de douleurs; il n'exige aucun appareil, pas même pour la contre-pression; un seul aide suffit, et la première personne venue peut en tenir lieu, puisqu'il ne s'agit que de maintenir le bras, sans traction aucune, dans la position dans laquelle le chirurgien le place d'abord; à la rigueur même, le chirurgien peut opérer seul, en appuyant le bras préalablement élevé sur un corps quelconque, un oreiller si le malade est couché, son épaule, par exemple, si celui-ci est assis ou debout. (*Thèses de Paris*, 1856.)

Métrorrhagie (*Bons effets de l'administration de la digitale contre la*). Les propriétés hémostatiques bien connues de la digitale auraient certainement suffi à elles seules pour la recommander à l'attention des praticiens dans le traitement de la métrorrhagie; c'est cependant par hasard que M. Howship Dickenson a été conduit à en faire usage. Témoin d'une métrorrhagie des plus graves, survenue chez une femme affectée d'une maladie du cœur, et des effets remarquables de la digitale administrée contre cette dernière maladie, M. Dickenson se demanda si la digitale ne jouissait pas d'une propriété aussi efficace dans la métrorrhagie en général, et l'expérience est venue, dit-il, lui donner raison. Deux femmes, affectées d'hémorrhagie utérine, ont été traitées ainsi, et voici quels ont été les résultats généraux de ce traitement : toutes les fois que l'hémorrhagie utérine n'était pas liée à une maladie organique, l'administration de la digitale, employée comme seul traitement, a constamment triomphé de l'écoulement sanguin, dans un intervalle de temps en rapport avec la dose de digitale administrée à la malade. A hautes doses, une once, uno once et demie d'infusion de digitale, l'écoulement sanguin ne s'est jamais prolongé au delà du deuxième jour; à doses plus faibles, il n'a jamais continué au delà du quatrièmc juur. Dans les hémorrhagies utérines liées à une maladie organique, le médicament a paru agir avec moins de certitude; il a fallu en continuer l'emploi pendant un temps plus long, et ses effets n'ont été souvent que momentanés. Mais à quel mode d'action rapporter cette influence heureuse exercée par la digitale sur les écoulements sanguins de l'utérus? M. Dickenson pense qu'il ne faut pas en faire honneur à l'action sédative du système circulatoire, mais bien à une action spéciale de la digitale sur le système ganglionnaire de l'utérus, action en vertu de laquelle cet organe est stimulé et sa contractilité musculaire fortement augmentée. Nous ajouterons que l'infusion de digitale, indiquée par M. Dickenson, se prépare en faisant macérer en vase clos, pendant trois ou quatre heures, 4 gram. de feuilles de digitale dans un peu moins de 500 grammes d'eau bouillante; on fait prendre aux malades dé 30 à 45 grammes de cette infusion, correspondant, par conséquent, à l'infusion de 30 ou 40 centigrammes. (*Dublin hosp. Gaz.*, décembre.)

Palpitations de cœur (*Emploi des semences de ciguë dans certaines formes de*). Il est des palpitations de cœur contre lesquelles on ne réussit ni avec la digitale, ni avec les toniques, parce qu'elles ne tiennent ni à une altération du sang, ni à un vice quelconque de l'organe central de la circulation; ce sont les palpitations de cœur qu'on observe surtout chez les jeunes sujets, et en particulier chez les femmes au tempérament éminemment nerveux, à l'irritabilité extrême. Contre ces palpitations, les antispasmodiques, la valériane, l'assa fœtida, le musc, le castoréum réussissent quelquefois, mais échouent aussi fort souvent; il semblerait, d'après quelques faits rapportés par M. Bottini, que les semences de ciguë pourraient rendre quelques services dans les cas de ce genre.

Dans le premier de ces faits, il s'agit d'une mère de famille, âgée de trente-six ans, peu abondamment réglée et d'une constitution assez faible, travaillée depuis plusieurs mois de palpitations de cœur consécutives et de fortes émotions morales. Plusieurs saignées et nombreuses sangsues à la région du cœur, le tout sans succès. La digitale lui avait été également administrée, soit seule, soit associée au nitre, à l'oxyde de fer. Elle avait pris également de l'eau de laurier-cerise à haute dose, le tout avec peu de soulagement. Le pouls, quoique vibrant, était apyrétique et sans fréquence; point de chaleur à la peau; face un peu pâle; tempérament excessivement lymphatique; difficulté de respirer, seulement en montant les escaliers ou en courant. En revanche, palpitations permanentes et sans aucune rémission (semences de ciguë 20 centigr. et 2 gr. de sucre, en huit paquets, un toutes

les deux heures). Ce traitement fut continué pendant vingt jours, époque à laquelle tous les symptômes morbides avaient disparu, et la malade jouissait d'une santé parfaite.

Dans le deuxième fait, chez une petite fille faible et maladive dès son enfance, les palpitations duraient depuis longtemps avec une dyspnée qui l'obligeait à garder le lit. Les saignées qu'on lui avait pratiquées dans le but de triompher d'une prétendue angiocardite n'apportèrent qu'un soulagement momentané, non plus que les autres moyens sédatifs du cœur, et la malade en était venue au point de ne pouvoir garder la possition horizontale, et de rester à moitié appuyée sur des coussins. Un mouvement fébrile, qui survint dans ces circonstances, provoqua de nouvelles saignées, qui se couvrirent de couenne; mais il n'en résulta aucun calme dans les battements du cœur; bien plus, les urines devenaient rares, et la face et les membres devenaient œdémateux ; le pouls était extrêmement faible et serré. Une infusion de digitale, avec addition de nitre, administrée pendant deux jours, rendit la respiration plus libre et fit disparaître l'œdème. Mais deux jours après, le pouls étant devenu dur de nouveau, une nouvelle saignée fut pratiquée. Cette fois les accidents furent enrayés, sauf les palpitations, qui furent combattues par l'administration de 0,20 de poudre de semences de ciguë et de 2 gram. de sucre, en huit paquets, un toutes les deux heures. L'amélioration fut des plus remarquables ; le pouls devint plus régulier et plus développé, les battements de cœur moins violents ; et, depuis cette époque, dès que la malade est reprise de ses palpitations, elle revient à ses paquets de ciguë, qui la calment toujours. Nous ajouterons que les semences de ciguë nous paraissent pouvoir être employées avec avantage dans les palpitations sympathiques, et en particulier dans les palpitations si fatigantes et si cruelles des phthisiques. (*Gazetta med. Sarda*, novembre.)

Péricarde (*Des épanchements du*) *consécutifs à la scarlatine et de leur traitement*. On ne sait pas assez combien les fièvres, et principalement les fièvres éruptives, exposent au développement de phlegmasies sourdes dans les membranes séreuses, et, par conséquent, à la formation d'épanchements qui peuvent gêner l'accomplissement des principales fonctions de l'économie et s'ils ne sont pas reconnus en temps utile, exposer les malades aux plus grands dangers. Nous croyons donc que M. Thore a rendu un véritable service aux praticiens en leur signalant la fréquence de ce qu'il appelle l'hydropéricarde aiguë, de ce que nous appelons nous la péricardite sub-aiguë ou latente, se développant à la suite de la scarlatine. Nous ne pouvons pas conclure en effet de l'absence de douleur et de bruit de frottement, pas plus que de la production et de la disposition rapides de l'épanchement à l'existence d'une pure et simple hydropisie, en l'absence de tout autre signe d'infiltration séreuse. L'expérience a montré, au contraire, dans la scarlatine en particulier, que ces épanchements latents ne sont pas de simples épanchements séreux, mais des épanchements fibrineux, inflammatoires, par conséquent. Toujours est-il cependant, et c'est là le point de vue vraiment important, que ces épanchements peuvent survenir d'une manière latente, au point de ne donner d'autre signe de leur présence que ceux qui indiquent la gêne d'une grande fonction de l'économie, de la respiration, par exemple, dans le cas où le péricarde est le siége de ces épanchements. Dans la première observation de M. Thore, l'hydropéricarde s'était manifestée dix-sept jours et dans la seconde trente jours après l'éruption de la scarlatine. Le premier malade avait contracté cette affection pour s'être exposé à l'action de l'air pendant la période de desquamation: pas d'autres symptômes prédominants que la gêne extrême de la respiration et la fréquence extrême du pouls. Le second malade présentait des phénomènes analogues, et, dans les deux cas, la douleur était nulle ou à peine prononcée, et dans ce dernier cas elle occupait l'épigastre plutôt que la région précordiale: absence complète de fièvre; petite toux sèche, pénible, fréquente, ayant précédé l'invasion de l'accident.

Ce qu'il importe encore de savoir, c'est que tandis que les symptômes généraux sont si peu prononcés, l'auscultation et la percussion fournissent, au contraire, des signes non douteux de la présence de ces épanchements, une augmentation considérable de la matité, avec saillie et voussure de la région percordiale, l'éloignement du bruit du cœur. D'où l'utilité d'examiner à ce point de vue, de temps en temps, dans la convalescence, les personnes et surtout les enfants qui ont

été atteints de scarlatine. Ajoutons que, contrairement à ce que pouvaient faire prévoir des symptômes généraux aussi graves, la maladie s'est terminée, dans les deux cas rapportés par M. Thore, d'une manière favorable et rapide, surtout dans le premier cas. Dans celui-ci, une émission sanguine avait été pratiquée au début et dans la prévision de l'existence d'une pneumonie profonde, quelques sangsues avaient été appliquées à l'anus, sans grande amélioration. Deux vésicatoires, successivement appliqués sur la région précordiale, amenèrent au contraire une amélioration notable, qui ne fut définitive qu'après l'apposition d'un troisième vésicatoire. Chez le second malade, le traitement fut plus direct, parce que le diagnostic fût porté plus tôt; un large vésicatoire volant, appliqué sur la région précordiale, suffit pour faire disparaître, dans l'espace de quelques jours, les symptômes les plus graves de l'hydropéricarde, et la guérison fut remarquablement prompte. Il suit de là que le traitement de ces épanchements se compose principalement des vésicatoires appliqués avec une grande énergie sur une surface étendue de la peau et renouvelés aussi souvent que possible, tant que l'épanchement n'aura pas disparu. (*Arch. de méd* , février.)

Plaies *suppurantes et avec perte de substance* (*Bons effets des pansements avec le charbon dans le cas de*). Les propriétés désinfectantes du charbon sont bien connues de tous, et nous avons fait connaître récemment deux applications de ces propriétés à la désinfection des lits et des chambres des malades; mais comment le charbon n'est-il pas employé plus souvent d'une manière topique, dans le pansement des plaies de mauvaise nature, des plaies qui fournissent une suppuration abondante et fétide, des plaies avec perte de substance? où trouver un agent plus inoffensif pour les parties avec lesquelles il se trouve en contact, plus économique, et surtout un agent qui absorbe et désinfecte mieux? C'est ce dont s'est convaincu, dans ces derniers temps, un médecin italien, M. Operti, dans un cas très-grave de fièvre typhoïde qu'il a eu à traiter. La malade a eu successivement une escarre au siége, qui a mis les os à nu et a détruit presque entièrement les fesses, et à la suite de cette suppuration, une éruption d'abcès multiples sur presque tous les points du corps. Les pansements avec la décoction de quinquina, avec une pommade composée d'onguent de la mère, d'opium pulvérisé et de poudre de quinquina avaient été complétement sans succès. Il eut recours à la poudre de charbon de saule, dont il se servit pour étendre sur les parties malades une couche épaisse et pour tamponner le fond de la plaie avec des boulettes de filasse, couvertes elles-mêmes de poudre de charbon, recouvrant le tout d'un large plumasseau trempé dans l'huile d'olive. A peine cette application était-elle faite, dit M. Operti, que la fétidité avait disparu comme par enchantement et, dès le premier pansement, la plaie, était détergée et d'un beau rouge. Dès le premier pansement également, la plaie, qui fournissait avec le quinquina des flots de pus, n'en donnait plus que quelques cuillerées Autrement dit, les pansements avec la poudre de charbon végétal ont donné des résultats très-remarquables; mais M. Operti s'est bien trouvé de lui substituer dans certains cas, pour les plaies enflammées et douloureuses, le charbon animal ou noir de fumée, additionné de 1 gramme d'opium brut en poudre par 100 grammes. La présence de la créosote, qui se trouve en très-faible quantité dans ce charbon joue probablement un rôle dans la modification des plaies, et voilà pourquoi probablement M. Operti donne le conseil de faire usage du noir de fumée et non du charbon animal lavé et traité préalablement par les acides. Toujours est-il que la guérison presque miraculeuse de la malade de ce médecin doit être rapportée en grande partie à ces pansements, qui ont empêché les suppurations abondantes et lui ont permis de vivre assez longtemps pour prendre le dessus de ces accidents multipliés et redoutables. (*Gaz. med. Sarda*, 1855.)

Ulcérations syphilitiques *rebelles, leur traitement par l'opium. De la substitution de la strychnine au vin.* Nous avons publié récemment (tome XLIX, p. 529), le mémoire que M. Rodet avait présenté à la Société de médecine de Lyon sur les bons effets de la médication opiacée dans les cas d'ulcérations rebelles; deux membres de la Société, MM. Bonnet et Rougier, qui ont eu l'occasion d'expérimenter l'opium à haute dose, dans le traitement de certaines affections douloureuses, ont émis quelques réserves, non sur la valeur du moyen,

les faits parlent trop haut en sa faveur, mais sur les résultats de son emploi, c'est-à-dire des effets débilitants et narcotiques très-opiniâtres et très-pénibles qu'il produisait chez les malades. Il est vrai que le côté original du travail de M. Rodet avait pour but de mettre en relief l'emploi du vin comme moyen de s'opposer à l'allanguissement et à la torpeur qui s'emparent des vérolés, à la suite de l'usage de l'opium à haute dose. Pour M. Rougier, le meilleur antidote de l'opium n'est pas le vin, comme le pense M. Rodet, mais la strychnine, ainsi qu'il a eu l'occasion de s'en assurer, lorsqu'il se livrait à ses expérimentations endermiques sur l'opium. Nous avons enregistré, il y a peu de mois, quelques essais tentés en Allemagne, et qui viennent à l'appui de l'opinion de notre confrère lyonnais. Or comme, de l'aveu même du rapporteur du travail de M. Rodet, M. Diday, il arrive quelquefois qu'à un certain moment, quand l'ulcération est déjà modifiée et considérablement réduite, l'opium semble perdre de son action et laisser le mal stationnaire, il y aurait lieu alors de tenter de *désopiacer* le malade, comme le dit M. Diday, pour recommencer ensuite l'usage de l'opium, ainsi rendu à son efficacité première. (*Gaz. méd. de Lyon*, janvier.)

VARIETÉS.

COMPTE RENDU DE L'EXPOSITION DE L'INDUSTRIE. — ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL. — VENTOUSES ET SANGSUES MÉCANIQUES.

A côté des instruments les plus compliqués, destinés aux opérations les plus graves, on trouve dans la vitrine de nos fabricants d'instruments de chirurgie de petits appareils plus que modestes, mais qui par leur utilité de chaque jour sont dignes en tout point d'appeler l'attention non-seulement du chirurgien, mais du médecin. Nous voulons parler des ventouses.

Là l'écaille, la nacre, l'acier si poli et si brillant ont disparu, une simple cloche en verre, une bulle en caoutchouc vulcanisé à la teinte blafarde, et quelquefois un petit ajutage en cuivre, tels sont les éléments qui doivent constituer ces appareils ingénieux d'une application de chaque jour.

Apposer sur les téguments un récipient dans lequel on a raréfié l'air, afin d'amener la turgescence de la peau, tel est le but du chirurgien qui met une ventouse. Ainsi, un simple verre à boire dans lequel on raréfie l'air au moyen d'un morceau de papier, de ouate, d'étoupe enflammés, peut suffire à la rigueur, mais on comprend ce qu'il y a d'imparfait dans ce procédé, car on laisse dans la cloche des débris charbonneux, on échauffe le bord du verre et on peut brûler le patient. Ces inconvénients n'ont pas tardé à préoccuper les fabricants, qui ont apporté dans la confection de leurs appareils des modifications fort importantes. Celles-ci ont porté principalement sur les moyens de faire le vide ; cependant la cloche a subi une amélioration qui n'est pas sans intérêt.

Le récipient en verre ne peut être appliqué que sur une surface à peu près égale ou pour le moins assez dépressible pour que les bords de la cloche soient parfaitement en contact avec les tissus ; aussi les ventouses étaient-elles impossibles sur des régions arrondies, et présentant des saillies osseuses un peu étendues, telles que les parois de la poitrine, chez les sujets amaigris. Il a suffi pour permettre l'application exacte d'une cloche en verre, de placer à la base de la ventouse un cercle de caoutchouc, que l'on peut d'ailleurs enlever ou laisser en place, seulement selon le besoin.

Mais, nous le répétons, l'attention a été principalement dirigée sur les moyens de faire le vide et de conserver à l'air un degré de raréfaction suffisant pour que

l'on puisse porter la turgescence de la peau à un degré convenable. Deux systèmes ont été surtout employés : l'un consiste en une pompe aspirante, l'autre se trouve basé sur l'élasticité du caoutchouc ; enfin ces deux systèmes ont été combinés de manière à ajouter à la bulle en caoutchouc des soupapes qui permissent le libre passage de l'air qu'on voulait déplacer. C'est certainement ce dernier moyen qui nous a semblé le plus parfait, et c'est celui sur lequel nous désirons appeler plus particulièrement l'attention.

Il serait injuste cependant de ne pas dire quelques mots des résultats qui ont été obtenus à l'aide des pompes aspirantes, d'autant plus que par un artifice extrêmement ingénieux, un de nos plus habiles fabricants, M. Charrière, a montré que cette pompe se trouve toujours sous la main et qu'il suffit d'avoir à sa disposition un verre à ventouse perforé et une bonne seringue ordinaire pour faire le vide aussi complétement qu'avec les pompes aspirantes les plus parfaites ; précieuse ressource qui permet au praticien exerçant loin des grands centres de fabrication de pouvoir, dans les engorgements du sein des nourrices, enlever immédiatement une quantité suffisante de lait pour produire un soulagement instantané.

Il est des cas où la ventouse à pompe n'est pas applicable, car la secousse imprimée par les tractions exercées sur le piston est très-douloureuse pour le malade. Il est possible alors d'interposer entre la cloche et la pompe un long tube flexible, de cette manière on évite toute secousse. Enfin M. Russel, d'Edimbourg, a imaginé un récipient métallique dans lequel on fait le vide ; ce récipient est mis en communication avec la ventouse, on tourne un robinet et bientôt l'air de la cloche se raréfie et l'effet est produit. On comprend tout ce que ces modifications ont d'intéressant ; mais le prix nécessairement un peu élevé de ces appareils, la facilité avec laquelle les soupapes se dérangent, devaient nécessairement engager à chercher des simplifications nouvelles. L'élasticité du caoutchouc a dès lors été utilisée ; déjà notre savant confrère et ami M. le docteur Blatin avait imaginé un récipient tout en caoutchouc. Un cercle métallique assez résistant empêchait les parois de la cloche de s'appliquer l'une contre l'autre à la base, et il suffisait de mettre la cloche élastique purgée d'air par la pression en contact avec les téguments pour produire l'effet désiré ; ce moyen était ingénieux et constituait un progrès réel. Mais l'impossibilité de voir ce qui se passait dans la ventouse, la difficulté du nettoyage faisaient regretter la cloche de verre ; aussi n'a-t-on pas tardé à placer une bulle en caoutchouc sur une cloche tubulée au sommet.

Mais là ne devaient pas s'arrêter les recherches : la plupart des inconvénients avaient disparu ; cependant l'application de ces appareils exigeait des soins que l'on voulait rendre inutiles ; ainsi il fallait comprimer la bulle avant d'appliquer la cloche sur la peau ; si la turgescence n'était pas assez grande, il devenait nécessaire de réappliquer une seconde fois la ventouse ; enfin il fallait autant de bulles que de ventouses à appliquer, et le poids de la bulle était quelquefois assez considérable pour faire renverser la ventouse et la déplacer. Il y avait déjà eu bien des difficultés vaincues, mais un premier succès avait rendu plus exigent. Aussi chercha-t-on encore, et le succès le plus complet n'a pas tardé à récompenser des efforts aussi persévérants.

Depuis quelques années, on avait dans la ventouse à pompe adapté au verre un tube d'ajutage, muni d'un robinet. M. Charrière avait perfectionné ce moyen à l'aide de ses petites soupapes mobiles qui laissaient sortir l'air de la cloche et ne lui permettaient pas d'y pénétrer ; de plus, il avait rendu le trou indirect, afin

qu'un corps aigu ne vînt pas détruire la soupape. Il était évident que ce système appliqué aux ventouses que nous venons de décrire constituait une modification des plus heureuses, puisqu'une seule bulle introduite à frottement dans le tube d'ajutage suffisait pour un assez grand nombre de cloches; de plus, on pouvait raréfier l'air autant qu'on le désirait. C'était, comme on le voit, déjà beaucoup; mais encore un pas et nous allons arriver à la perfection.

Pour vider la bulle en caoutchouc, on était obligé de l'enlever. M. Charrière perce sur une virole d'étain, qu'il place à la base de la bulle, un petit trou qui permet la sortie de l'air, il applique le doigt afin d'empêcher le fluide de rentrer, et le caoutchouc peut faire le vide sans qu'il soit besoin de détacher la bulle; enfin M. Capron munit ce petit trou d'une soupape, et il n'est plus besoin de se préoccuper de l'application du doigt.

La figure ci-jointe représente une ventouse du système de M. Charrière. A



bulle en caoutchouc, munie de sa virole en étain; C tube d'ajutage cimenté avec un verre à sein et un verre à ventouse; B extrémité du tube d'ajutage qui entre à frottement dans l'intérieur de la virole.

M. Charrière fait servir sa bulle à un double usage; on peut, en faisant le vide par la pression, y faire pénétrer un liquide quelconque et l'injecter à l'aide du tube B qui est représenté sur cette planche.

Telle est la ventouse que nous possédons aujourd'hui, qui semble arrivée à son dernier perfectionnement, et permet d'appliquer les ventouses vésicantes dont M. Bouvier fait un si fréquent usage dans les affections du rachis.

L'appareil se compose : 1° d'une cloche en verre perforée à son sommet et munie d'un tube d'ajutage à robinet (système Capron) ou à soupape mobile et à trous indirects (système Charrière); 2° d'une bulle en caoutchouc munie de deux soupapes (système Capron); l'une, placée sur le côté, communique à l'extérieur par un trou et laisse passer l'air contenu dans la bulle et ne permet pas à l'air extérieur de rentrer quand on a cessé de faire la pression. Pour atteindre ce but, la soupape, qui est formée d'un petit morceau de taffetas gommé, repoussée par la pression exercée sur la bulle, se précipite vers le trou extérieur, mais elle rencontre une petite grille qui l'empêche de s'appliquer exactement sur la paroi. Au contraire, lorsque l'on cesse la pression, l'air extérieur pousse la lamelle gommée contre l'orifice interne et l'air ne peut pénétrer. L'autre soupape qui communique avec la cloche est disposée en sens inverse. Ainsi, lorsqu'on presse sur la bulle, l'air comprimé applique la soupape sur le trou extérieur et l'air ne peut sortir par cet orifice, c'est-à-dire être repoussé dans la cloche, tandis qu'il

peut parfaitement pénétrer de la cloche dans la bulle par le fait de la pression atmosphérique unie à l'élasticité du caoutchouc.

Si la turgescence de la peau n'est pas suffisante, on comprime une seconde ou une troisième fois, en laissant en place la bulle en caoutchouc, et bientôt on obtient l'effet désiré. On enlève alors la bulle et on laisse la cloche en place aussi longtemps qu'on le désire, en ayant soin toutefois de fermer le robinet.

Pour enlever la cloche, on tourne le robinet, afin de permettre l'introduction de l'air. Dans le système Charrière, la soupape mobile de la cloche s'oppose à l'introduction de l'air ; aussi, pour retirer la cloche il suffit de déprimer la peau sur un des côtés de la ventouse.

— A côté des ventouses se trouvent naturellement placées les sangsues artificielles, qui sont d'un si fréquent usage dans les hôpitaux militaires, dans ceux de la marine et principalement à bord des vaisseaux de l'Etat, et dont M. le docteur Boudin fait depuis plusieurs années un usage presque exclusif. Ces petits appareils ne sont autre chose d'ailleurs qu'un petit scarificateur renfermé dans une ventouse à pompe.

Les plus intéressantes sont celles de MM. Kusmaun et Georgi; elles se composent : 1° d'un scarificateur dont les lames sont disposées de manière à faire une incision triangulaire analogue à une morsure de sangsue, ces lames peuvent être rendues plus ou moins saillantes à l'aide d'une vis de rappel; 2° d'un corps de pompe prolongé par un tube en caoutchouc vulcanisé, qui s'adapte sur l'extrémité du scarificateur, de telle sorte que l'on peut, quand on le juge nécessaire, faire la scarification dans le vide; 3° de plusieurs petites cloches à ventouses munies d'une soupape, que l'on applique après avoir fait la scarification. Ces petits appareils peuvent parfaitement remplacer les sangsues naturelles.

Le médecin qui, dans une épidémie, obéit à une réquisition de l'autorité administrative pour porter des soins aux malades, est-il fondé à réclamer des honoraires auprès de cette autorité?

Dans la dernière séance annuelle de l'Association des médecins de la Seine, le secrétaire général, M. Cabanellas, rendait ainsi compte d'une affaire pour laquelle le concours de l'Association a été réclamé. « En juillet 1854, dès l'apparition du choléra dans Bar-le-Duc, l'autorité municipale s'est empressée de diviser la ville en plusieurs sections. Elle a confié chaque section à un médecin. Tous les médecins de Bar-le-Duc ont obéi avec empressement, M. le docteur Andreux comme ses confrères. Il a donné ses soins aux pauvres, tout en s'occupant de sa clientèle, dont il n'était point séparé. Au bout de quelques jours, l'autorité municipale remanie les circonscriptions, et requiert par écrit M. le docteur Andreux de se transporter dans une localité éloignée de son domicile, au milieu de la population la plus pauvre et la plus maltraitée par l'épidémie. C'était un poste d'honneur, mais il enlevait complétement notre confrère aux clients dont il a la confiance. M. Andreux n'est ni médecin d'hôpital, ni médecin du Bureau de bienfaisance; il vit honorablement de sa profession, mais de sa profession toute seule. Il ne croyait pas qu'une pareille réquisition fût obligatoire, et cependant, en face de l'épidémie, il ne devait pas hésiter; il n'hésita pas. Ce service dura trente jours et quatre nuits. Quand le calme fut rentré dans la cité, M. Andreux voulut faire juger la mesure dont il avait été victime. Il intenta à la ville une demande d'indemnité. L'autorité municipale, qui avait fait des offres insuffisantes, soutint le procès. Quelle a été la décision du tribunal de première instance? Il n'a pas contesté les services de M. Andreux, mais il a déclaré que ce médecin n'avait aucun droit à une indemnité pour le fait de cette réquisition, et l'a condamné aux dépens. Je ne me permettrai aucune réflexion sur ce jugement. Je dirai seulement que le tribunal voisin de Montmédy a prononcé un jugement tout différent dans une affaire analogue. J'ajouterai que votre Commission a pensé que c'était là une de ces circonstances graves dans lesquelles l'Association devait intervenir ; c'était également l'avis de M. Paillard de Villeneuve. Vous pouvez être assuré que votre Commission fera son devoir. »

Voici maintenant le jugement rendu par le tribunal de Bar-le-Duc :

« Attendu que le choléra s'étant manifesté dans la ville de Bar-le-Duc le 1er août 1854, le maire a, par arrêté du même mois, requis les médecins de donner leurs secours aux cholériques, dans les circonscriptions qui ont été assignées à chacun d'eux, et appelé un certain nombre de citoyens à veiller, de jour et de nuit, à ce que les soins nécessaires fussent assurés aux malades;

« Attendu que Eugène Andreux, l'un des médecins requis, réclame aujour-

d'hui à la ville de Bar-le-Duc une somme de 910 francs, pour honoraires des soins donnés par lui aux cholériques indigents d'après cette réquisition ;

« Attendu que la loi du 24 août 1790 confie à la diligence de l'autorité municipale le soin de prévenir, par des précautions convenables, et celui de faire cesser, par la distribution de secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux, tels que les épidémies;

« Attendu que l'article 471 du Code pénal punit d'amende ceux qui contreviennent aux règlements légalement faits par l'autorité municipale, en vertu de la loi précitée, et que l'article 475 du même Code indique spécialement qu'une peine doit atteindre ceux qui refusent de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accidents, inondations, incendies ou autres calamités;

« Attendu que si la loi frappe d'une peine ceux qui refusent d'obéir aux réquisitions de l'autorité municipale, elle n'établit nulle part que celui qui se sera conformé à ces réquisitions aura droit à un salaire, à une indemnité ;

« Attendu que le silence de la loi est d'autant plus remarquable que, lorsqu'elle exige le sacrifice de quelques intérêts privés à l'intérêt public, elle dispose, soit comme dans l'article 545 du Code Napoléon et dans la loi d'expropriation de 1841, que le sacrifice ne devra être fait qu'après juste et préalable indemnité, ou comme dans le tarif des dépens en matière criminelle, que les médecins ou autres personnes requis pour le service de la justice criminelle recevront une indemnité qu'elle détermine à l'avance;

« Attendu que la ville de Bar-le-Duc s'est trouvée en 1832, comme en 1854, frappée par une épidémie de choléra ; que les médecins et les citoyens requis en 1832 de prêter leur secours et de donner leurs soins aux malades n'ont reçu aucune rémunération ;

« Qu'ainsi, dans le silence de la loi, silence qu'a fortifié encore l'autorité des précédents, la demande d'Eugène Andreux, qui est contestée par la ville de Bar-le-Duc, manque d'une base légale, et que la réquisition du maire ne crée au demandeur aucun droit à une indemnité contre la ville.

« Attendu que la ville de Bar-le Duc déclare offrir à Eugène Andreux une somme de 300 francs, le tribunal donne acte à la ville de Bar-le-Duc de ce qu'elle offre à payer à Eugène Andreux une somme de 300 francs, déboute celui-ci de sa demande et le condamne aux dépens, liquidés à la somme de 30 fr. 65 c., non compris le coût, l'enregistrement et la signification du présent jugement. »

Ce jugement tranche à la fois deux questions, et des plus importantes pour la profession médicale : 1° le droit de réquisition des médecins par l'autorité administrative ; 2° la gratuité des services que le médecin est requis de rendre. On ne saurait donc savoir trop de gré à l'association des médecins de la Seine de s'être substituée à M. Andreux dans l'appel de ce jugement formé par ce médecin. Espérons que la Cour suprême, fidèle à ses décisions antérieures, réalisera les vœux légitimes du corps médical, qui sont conformes d'ailleurs au véritable esprit de la loi.

Voici la liste des lauréats de l'Académie des sciences. Le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1855 a été décerné à M. Brown-Séquard. La Commission des prix de médecine et de chirurgie a proposé les dix récompenses suivantes, savoir : 1° Une récompense de 1,500 francs à M. Hannover, pour l'ensemble de ses recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'œil. — 2° Une récompense de 1,500 francs à M. Lebmann, pour son Traité de chimie physiologique. — 3° Une récompense de 1,500 francs à M. Bouquet, pour son mémoire sur l'analyse des eaux du bassin hydrologique de Vichy. — 4° Une récompense de 1,500 francs à M. Beau, pour ses études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique. — 5° Une récompense de 1,500 francs à M. Corvisart, pour ses recherches sur l'action thérapeutique de la pepsine. — 6° Une récompense de 1,500 francs à M. Béraud, pour ses recherches d'anatomie et de pathologie sur les voies lacrymales. — 7° Une récompense de 1,000 francs à M. Cazeaux, pour son mémoire sur la chloro-anémie des femmes enceintes. — 8° Une récompense de 1,000 francs à M. Dareste, pour son travail sur les circonvolutions cérébrales. — 9° Une récompense de 1,000 francs à M. Tardieu, pour son ouvrage sur l'hygiène publique et la salubrité. — 10° Une récompense de 1,000 francs à M. Foissac, pour son traité de la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme, et principalement avec la médecine et l'hygiène publique.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'utilité des exutoires à action énergique et prolongée dans le traitement des maladies.

(Suite et fin[1].)

L'introduction de la statistique en médecine, si elle a mis un frein aux impatiences de l'esprit, si elle a mis en pleine lumière quelques vérités qui n'apparaissaient jusque-là que dans un demi-jour, il faut le reconnaître, son bon grain est bien mêlé de quelque ivraie. Assurément, par exemple, quand cette méthode s'applique avec toute la rigueur de ses déductions philosophiques aux questions thérapeutiques, souvent elle les embrouille, bien plutôt qu'elle ne les résout. La statistique appliquée à cet ordre de phénomènes, en effet, suppose nécessairement que ces phènomènes sont identiques, se produisent dans des conditions identiques : la logique la force à cet absolutisme (pardon pour ce mot tout à fait incorrect, mais qui rendrait si bien ma pensée s'il était français dans le sens où je l'emploie) ; la logique, disons-nous, force la statistique à cet absolutisme; car, en dehors de cette condition, elle n'a pas le droit de conclure ; mais où sont donc dans la nature ces contingents, dans lesquels se reproduisent tous les traits du type absolu, dont ils sont la représentation, dont il sera l'écho vivant? Au point de correction où la science moderne en est arrivée aujourd'hui, il y a, dans tous les faits se rattachant à un groupe nosologique bien défini, quelque chose qui reproduit ce type ; dans un bon nombre de cas même, le fond, la substance même des choses, si nous pouvons ainsi dire, sont les mêmes ; mais l'homme est multiple dans son unité, et comment les différences qui naissent de cette multiplicité même ne viendraient-elle pas au moins contrarier dans ses effets une influence d'une incontestable efficacité sur le fond élémentaire de la maladie? Pour ne point nous perdre nous non plus dans un absolu sur lequel notre intelligence ne saurait que balbutier quelques mots, posons la question sur la terre ferme de l'expérience. Si, d'une part, il est une maladie nettement définie, si, d'un autre côté, il est une modification de la vie morbide dont l'efficacité soit évidente, ce sont, pour la première, les fièvres paludéennes, et pour le second, les préparations de quinquina. Eh bien, là même, est-ce que les choses se passent avec la rigueur, l'indéfectibilité d'une loi mathématique? Non, assurément : sans aller chercher

[1] Voir le numéro précédent, page 97.

bien loin nos preuves, qu'on se rappelle les observations remarquables citées tout dernièrement par deux médecins, dont l'un tiendra tout ce qu'il promet, comme l'autre l'a fait déjà, par MM. Rochard et E. Chauffard, d'Avignon, et l'on se convaincra de suite que le rapport entre l'organisme contaminé et le modificateur le plus propre à rappeler ici la vie à son jeu normal, pour être incontestable dans un très-grand nombre de cas, manque cependant complétement dans d'autres. Tout le monde a vu de ces faits négatifs, et tout le monde pourtant, dans un cas donné, agit comme si ce rapport était nécessaire, et tout le monde a raison. Or, ce qui se rencontre ici se rencontre partout en pathologie, et, malheureusement, souvent les termes de ce rapport sont renversés : l'appropriation juste du modificateur ou de la méthode thérapeutique n'arrive que dans un nombre de cas restreint. Uniquement parce qu'elle se rencontre moins fréquemment, la nierez-vous, cette relation ? Vous pouvez y être autorisé quelquefois à coup sûr, mais pas toujours assurément. M. Ferrus applique des moxas à deux jeunes filles dans la stupeur ; M. Louis oppose un vésicatoire à une céphalée *loco dolenti* ; Leuret rend la raison à un aliéné par le même moyen, etc., et ces effets, qu'on avait jusque-là vainement demandés à plusieurs méthodes de traitement, suivent rapidement ces applications. Nierez-vous le rapport affirmé par ces hommes graves et sévères, uniquement parce que ces faits ne se retrouvent point dans la pratique de tous les jours, qui semblerait bien plutôt leur être opposée ? Mais ces observateurs distingués le savent comme vous : pourquoi concluent-ils affirmativement là où vous émettez un doute ? C'est qu'ils ont vu se produire ces faits ; c'est qu'il y a dans l'observation attentive une sorte d'intuition qui dompte l'intelligence la plus difficile ; c'est qu'il y a, en un mot, dans l'expérience directe quelque chose qui fait, suivant un mot célèbre, qu'on est sûr, et que cependant on ne sait pas. Le grand mot est lâché, on y va voir de la mythologie, du mysticisme, du nébulisme, de l'illuminisme, du quiétisme, que sais-je, moi ? mais les hommes pratiques y verront autre chose, une voie de conviction qui, pour être inexpliquée, n'en est pas moins réelle et ne se trouve pas moins la base d'une foule de certitudes humaines qui, qu'on ne l'oublie pas, ont conduit et conduisent tous les jours l'homme à la vérité.

Des esprits peu rigoureux, s'emparant de ces faits ou des faits analogues par eux observés, s'en sont servis comme d'une base pour établir une règle générale applicable à tous les cas. Il y a là une énorme exagération que l'on a bien raison de combattre ; mais les

adversaires de la révulsion tombent dans une erreur non moins dangereuse, en niant ce que l'expérience a péremptoirement démontré, en mettant à néant les lentes acquisitions de vingt siècles. Nettoyons, si nous le pouvons, les fameuses écuries d'Augias, mais, palefreniers maladroits, ne les renversons pas, car il nous faudrait les reconstruire au risque d'expériences nouvelles dont la pauvre humanité ferait les frais. Soit, dira-t-on, il y a au fond de la doctrine de la révulsion (car, quoi qu'on en *die*, et ainsi que l'a fait remarquer un critique éminent, M. Dechambre, c'est une doctrine « que la dogmatisation de ce fait général, qu'une fluxion en déplace une autre »); il y a au fond de la doctrine de la révulsion un certain nombre de faits qui la légitiment et l'autorisent à commander la pratique. Mais qui nous apprendra à distinguer ces faits de ceux auxquels cette méthode s'applique inutilement, ne s'applique pas sans danger même? Ce que vous demandez là, nous le demandons comme vous, nous le cherchons comme vous; mais dans cette interrogation de la vie morbide, dans ces recherches difficiles, nous procédons autrement que vous. Une révulsion cutanée, établie dans la sphère, ou même au delà de la sphère d'un certain nombre d'états morbides, peut atténuer, éteindre complétement ce désordre local. Ce but, nous le poursuivons dans notre pratique, et nous l'atteignons quelquefois : pour vous, ne vous proposant jamais ce but, comment parviendrez-vous jamais à éclaircir le chemin qui y conduit? Nous ne saurions, sans dépasser de beaucoup les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici, exposer les principes qui dirigent à cet égard la pratique commune; ces principes ont d'ailleurs été sommairement exposés dans ce journal même par un médecin beaucoup plus autorisé que nous, par M. Marotte. Notre but est bien moins ambitieux; c'est tout simplement de glaner çà et là dans la pratique commune ou dans notre propre pratique, si restreinte que nous l'ayons faite, par suite d'un lâche ennui et d'une fatigue prématurée de la vie, pour montrer la réalité et l'efficacité de la méthode révulsive, qu'on ne peut nier, qu'on ne peut interdire sans émasculer, qu'on laisse passer ce mot, la pratique de la médecine.

Ce que nous avons fait jusqu'ici a été surtout de justifier la pratique de la révulsion cutanée, en la considérant au point de vue général de son application; il ne nous reste plus qu'à la considérer dans celle de ses applications qui a été niée de la manière la plus absolue, c'est à savoir l'application des exutoires permanents.

Ce n'est point nous certainement qui, à supposer que nous en eussions le pouvoir, ferons jamais obstacle aux hommes qui s'efforcent de porter la lumière dans les ténèbres de la thérapeutique, et

qui, animés de l'amour du bien, travaillent généreusement à expurger la médecine de toute pratique d'une utilité plus que douteuse. Dans notre opinion, avant d'être savante, il faut que la médecine soit honnête : l'incertitude de ses données, la crédulité de l'homme qui souffre, ne justifient que trop cette nécessité. En déplorant l'abus que plus d'un médecin encore aujourd'hui fait des exutoires permanents, et non toujours par ignorance desdites conditions qui en appellent l'application, on a touché à une question de morale médicale qui malheureusement était susceptible de longs et utiles développements. Ce que la tribune académique ne tolérerait que difficilement, le journal scientifique le souffre dans son libéralisme, dans sa plus grande indépendance; qu'on nous permette donc de suppléer aux réticences imposées par les convenances aux orateurs de la rue des Saints-Pères, par un court passage extrait d'un livre que nous avons commis il y a quelques années, et qui rend mieux ce que nous voulons dire sur ce point qu'il ne nous serait permis de le faire en ce moment. «... Il est un ouvrage marqué d'un caractère plus odieux encore, et contre lequel un grand nombre de médecins, Stahl, entre autres, dont on prétendait qu'il exprimait la doctrine, protestèrent énergiquement. Cet ouvrage est celui d'un médecin anglais du dix-septième siècle, Gédéon Harvey. Ce médecin nie d'une manière absolue la réalité de l'art; attribue la solution de toutes les maladies à l'action spontanée de l'organisme vivant. L'intervention active de la médecine au milieu du développement des accidents morbides n'est jamais, suivant lui, qu'une entrave apportée au jeu régulier des efforts conservateurs de la nature. Après une négation aussi formelle de la réalité de la science, ne croyez pas que l'auteur ferme le temple de la médecine et en chasse les adeptes comme d'indignes jongleurs; non, il les initie, au contraire, à tous les mystères d'un art important. Il leur enseigne les moyens de s'insinuer dans l'esprit des malades, de le dominer; puis de se composer avec tous les débris de l'ancienne pharmacologie une thérapeutique inoffensive, à l'aide de laquelle ils exploitent, prêtres sans foi, la crédulité et les lâchetés des hommes [1]. » Nous le dirons sans crainte, parce que nul n'a le droit de nous soupçonner d'envie, nous avons vu plus d'une fois des malades porteurs d'exutoires, dont la raison d'être ne se trouvait que dans les calculs d'un infâme trafic de la crédulité humaine. Nous croyions la marque abolie, et elle subsiste encore dans la pratique médicale, mais à la honte du bourreau. Espérons

[1] Déontologie médicale, cap. VII, de l'Esotérisme médical, p. 274.

qu'à ce point de vue au moins la discussion académique portera d'heureux fruits, et qu'en tendant à proscrire d'une manière absolue une pratique utile, dans certaines limites, elle aura au moins cette fortune qu'elle préviendra quelques criminels abus. Mais nous qui avons l'honneur de parler devant une auditoire d'élite, et dont les sympathies pour un journal qui n'a jamais sacrifié à Baal nous sont un sûr garant que nos paroles n'iront pas encourager une odieuse spéculation, nous ne sommes pas condamnés à cette prudence excessive, et pouvons dire librement nos convictions sur cette question capitale, qui reste toujours à l'ordre du jour, bien que la discussion en soit close à l'Académie. Nous allons profiter de ce droit, nous dirions presque de ce privilége, si nous ne craignions de flatter trop nos lecteurs, pour montrer l'efficacité, dans quelques cas au moins, des révulsifs cutanés permanents.

C'est surtout contre diverses maladies chroniques du globe oculaire que la tradition médicale tend à établir l'efficacité de cet ordre de révulsifs, et c'est surtout ici qu'on a nié de la manière la plus explicite cette efficacité. Bien que nous n'ayons pas fait de cette classe de maladies un objet spécial de nos études, nous n'avons pas laissé cependant que d'observer quelques faits, qui nous ont laissé la conviction profonde que nier sur ce point les enseignements de la tradition, c'est dépasser les limites d'une prudente réserve. Comme on commence un peu à se lasser de cette médecine descriptive, d'après laquelle le tableau d'une maladie est incomplet, si l'on y omet les détails les plus insignifiants de l'organisation, depuis la lunule des ongles jusqu'à la couleur des sourcils et des cheveux, nous profiterons du progrès de l'opinion publique dans l'appréciation vraie des choses de la science, pour n'indiquer que très-sommairement ces observations : lecteurs et auteur y gagneront d'aller droit au but, sans s'arrêter aux pâquerettes du chemin. La première de ces observations est relative à une pauvre fille de basse-cour, âgée de trente ans environ, régulièrement menstruée, forte, bien constituée, et atteinte depuis plusieurs années d'une double blépharite, plutôt érysipélateuse que glanduleuse, avec altération visible des bulbes ciliaires. Médecin particulier alors dans la maison où cette fille était employée, nous avions tout le temps de nous occuper sérieusement d'elle, et nous la soumîmes à un grand nombre de médications, topiques ou autres, et le tout sans aucune espèce d'amélioration. De guerre lasse, et suivant en cela la pratique d'un chirurgien à coup sûr très-compétent, M. le professeur Velpeau, qui, en face de toute lésion oculaire qui résiste opiniâtrément aux médications qui semblent

out d'abord le mieux indiquées, a recours au séton, nous fîmes accepter à cette pauvre fille cette médication énergique. Cet exutoire fut conservé pendant trois mois, et, pendant ce temps, les paupières revinrent successivement, et enfin complétement à leur état normal. Maintenant, une simple question : pendant que cette femme était soumise à l'action incessante de cette sécrétion artificielle dans la sphère même de l'organe malade, est-il survenu dans sa constitution quelqu'un de ces changements qu'on observe quelquefois, et qui puisse rendre compte de la disparition, dans le cours d'un espace de temps assez long, de la servitude pathologique dont nous venons de signaler les caractères ? Nous n'avons rien observé de semblable. Si quelqu'un de ces changements, de ces crises lentes, si nous pouvons ainsi parler, était survenu, on ne manquerait pas de l'invoquer pour expliquer l'événement dont il s'agit : pourquoi donc refuser à une influence de cet ordre, quand elle a été provoquée, l'effet qu'on n'hésiterait pas à lui attribuer, si elle s'était développée spontanément ? Nous savons bien tout ce qu'on peut répondre à cette question, et quelque autre chose encore, mais nous ne persistons pas moins à la poser.

Voici un autre fait, où il s'agit également de l'appareil oculaire et où une médication analogue a été suivie d'un résultat que nous n'hésitons pas plus à attribuer à l'heureuse influence de cette médication. Un tailleur, d'un âge moyen, fut tourmenté pendant un certain temps d'une copiopie, qui peu à peu se compliqua de vue double, et lui rendit tout travail impossible. Rien dans la vie du malade, dans ses habitudes, dans sa constitution, non plus que dans le jeu actuel des fonctions, ne nous rendit compte du développement de cet accident, dont la gravité, au point de vue pronostic, n'échappera assurément à personne. Dans notre légitime appréhension, nous résolûmes de frapper fort, et notre bonne étoile a voulu que nous ayons frappé juste. De nombreux vésicatoires (nous n'en savons plus au juste le nombre) furent successivement appliqués autour des orbites : ceux qui confinaient la partie inférieure de cette région réussirent mal ; ils furent abandonnés, et nous nous bornâmes exclusivement à ceux de la région sus-orbitaire et temporale : à mesure que deux vésicatoires séchaient, ils étaient remplacés par deux autres, et cet énergique travail de révulsion aiguë par sa forme, mais chronique par sa marche, triompha complétement de cette double diplopie. — Nous ne commenterons point ce fait, parce que nous avons hâte de finir. Nous nous contenterons de le jeter ici avec sa physionomie un peu primitive, mais aussi avec sa brutale signification.

Il serait étrange, il serait inexplicable que la médication révulsive, au cas où elle serait parfois utile pour combattre les maladies oculaires chroniques, perdît toute efficacité vis-à-vis d'autres localisations morbides. Aussi bien dans l'esprit de la doctrine de la révulsion, comme dans la pratique qu'elle a jusqu'ici commandée, a-t-elle une sphère d'action beaucoup plus étendue. Nous allons la voir, dans le fait suivant, montrer, pour nous qui avons vu, une efficacité aussi incontestable contre une surdité probablement due à une influence catarrhale que dans les cas précédents. Une femme, jeune encore, à la suite de maux de gorge et de fluxions dentaires répétées, sentit peu à peu diminuer chez elle la sensibilité de l'ouïe; n'ayant opposé à cette infirmité commençante que des remèdes insignifiants, elle arriva enfin à une surdité presque complète. Pour donner la mesure du degré de cette cophose, nous ferons remarquer que cette femme, par exemple, n'entendait plus le bruit de la pendule placée dans sa chambre, et dont le timbre cependant était au moins ordinaire. Il y avait plusieurs années que les choses étaient dans cet état, quand cette malade nous consulta. Plus confiant alors qu'aujourd'hui même dans l'efficacité des grandes médications, pourquoi ne pas le dire, puisque cette foi naïve, nous poussant à l'action, était peut-être le secret de quelques succès remarquables obtenus, nous proposâmes immédiatement à cette jeune femme de se soumettre à une médication pénible, mais sûre dans ses résultats : cette médication consistait dans une série de vingt, trente, soixante vésicatoires, s'il le fallait, successivement appliqués, et deux par deux, à la base du crâne. Nous joignîmes à ce programme, déjà assez effrayant, la nécessité d'un autre moyen encore, qui devait agir dans le même sens : c'était l'application tous les jours sur la tête, préalablement rasée, d'une calotte de flanelle recouverte elle-même d'une calotte de taffetas gommé. On hésita bien un peu, car il fallait sacrifier une belle et luxuriante chevelure; mais enfin on voulait guérir, et on accepta tout. Nous n'avons point en ce moment sous la main les notes qui nous permettraient de reproduire ici les effets successifs de cette médication un peu draconienne, nous l'avouions même alors; nous nous contenterons de remarquer que plusieurs fois par jour, la malade était obligée d'enlever la calotte de laine, qui était trempée de sueur, qu'elle s'habitua peu à peu à l'ennui de ce chapelet de vésicatoires sans fin, et qu'en fin de compte elle guérit radicalement d'une surdité qui, nous n'en doutons pas, serait devenue complète, absolue.

Nous avons dit, en commençant cet article, qu'une des causes qui

probablement rendait difficile la solution de la question de l'efficacité des révulsifs permanents dans le traitement des maladies devait être recherchée dans les conditions mêmes de l'exercice de la médecine. Cette remarque trouve sa justification dans les circonstances extrinsèques du fait que nous venons de rappeler succinctement. En effet, est-il commun de rencontrer des malades qui consentent à se soumettre à cette sorte de thérapeutique du knout, et qui surtout, s'ils n'obtiennent point rapidement un peu d'amélioration, consentent à poursuivre une si laborieuse expérimentation. Ajoutez à ceci que le médecin lui-même, sceptique comme l'a démontré la chute de tant de systèmes divers, n'est pas ordinairement assez ferme dans ses espérances de guérison pour marcher résolûment dans cette voie, une fois qu'il y est entré, et peut-être penserez-vous, comme nous, que la question de l'utilité de la révulsion permanente n'est pas simple, et qu'en outre de sa complexité, au point de vue purement scientifique, des difficultés d'un tout autre ordre naissent des conditions mêmes de l'exercice de l'art. En médecine vétérinaire, on va plus droit au but ; aussi l'on y arrive plus sûrement.

Nous terminerons ici ce travail, qui dit peut-être plus qu'il ne prouve, parce que, d'abord, la question qui en est l'objet est des plus complexes, et qu'il faudrait un volume pour l'épuiser ; et puis parce que nous savions à l'avance que nous nous adressions à des convictions que n'ont point ébranlées des négations au moins téméraires. En pareil cas, un travail simplement ébauché suffit à atteindre le but. Mais alors que nous eussions pu traiter ici une question de si haute portée avec les développements et toute la sévérité qu'elle appelle, nous n'eussions pu nous flatter de l'espoir d'en avoir dissipé toutes les obscurités ; ces obscurités, disons-nous en finissant aux hommes intelligents qui en ont tiré des conclusions négatives, nous ne les nions pas plus que vous : à des degrés divers, elles règnent sur toutes les questions de la science ; au lieu d'en faire sortir un scepticisme qui décourage la pratique et en amoindrit encore l'influence heureuse, travaillez à les dissiper ; à la nuit, faites succéder la lumière ; mais, en attendant, respectez notre nyctalopie.

Max. Simon.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Études sur l'opération du bec-de-lièvre. — Moyen d'assurer la cicatrisation de la suture labiale.

Par le docteur GOYRAND, d'Aix.

(Suite et fin) (¹).

§ II. J'arrive à la principale cause d'insuccès de l'opération du bec-de-lièvre compliqué d'écartement de la voûte palatine et du bord alvéolaire, et au moyen certain d'annuler cette cause.

J'ai eu, trois fois, occasion d'opérer des becs-de-lièvre compliqués dans le premier âge, et ces trois faits m'ont éclairé sur la vraie cause de tant d'insuccès. La cause trouvée, le moyen de la neutraliser se présentait forcément. Voici, du reste, ces trois faits; je les rapporterai succinctement, en insistant, toutefois, sur la circonstance qui seule a de l'importance au point de vue de la question dont je m'occupe en ce moment.

Premier fait. —Au mois d'avril 1834, on m'amène de Château-Neuf-le-Rouge, commune rurale de l'arrondissement d'Aix, un enfant de onze mois, affecté d'un bec-de-lièvre unilatéral droit, avec écartement du bord alvéolaire et de la voûte palatine et division complète du voile du palais.

Cet enfant n'avait jamais pu téter, et était nourri, depuis sa naissance, à la cuiller avec du lait de chèvre et de la bouillie; ce régime lui avait convenu, car il était bien portant.

L'écartement était très-grand, et, au dire de la mère, allait en augmentant depuis la naissance. L'enfant n'avait pas de dents encore.

Ce grand écartement rendait la réunion bien difficile, et il existait une autre circonstance fâcheuse, c'était une saillie anguleuse très-considérable que faisait entre les deux bords de la fente labiale le côté gauche de la brèche du bord alvéolaire.

Je ne crus pas devoir rapprocher les lambeaux de la lèvre, avant d'avoir abattu cet angle osseux, ce que je fis, non sans difficulté, avec un bistouri à lame très-forte, tenu à pleine main. Je pensais avoir détruit ainsi tous les germes des dents incisives droites.

L'angle osseux réséqué, je disséquai dans une assez grande étendue les bords de la division de la lèvre, et je les réunis par la suture entortillée.

(¹) Voir le numéro du 15 février, page 115.

Les aiguilles supérieure et moyenne furent retirées à la fin du troisième jour. Quelques heures plus tard, les bords de la plaie s'écartaient sous la narine. La troisième aiguille, l'inférieure, fut laissée en place vingt-quatre heures de plus. L'écartement, qui ne s'était d'abord montré qu'à la partie supérieure, s'étendit de haut en bas jusque vers le bord libre de la lèvre. Ce dernier point résista. J'attribuai cet écartement à la tension des parties. Je notai, toutefois, que la pointe de la langue s'y engageait pour se porter au dehors.

Quelques jours après l'opération, la mère voulut s'en retourner chez elle, et emmena son nourrisson. Les deux bords de la plaie n'adhéraient alors que dans une très-petite étendue, vers le bord libre de la lèvre. Quel fut mon étonnement quand, six mois plus tard, je trouvai le bec-de-lièvre guéri ! les bords de la plaie avaient été rapprochés de bas en haut, dans toute la hauteur de la lèvre, par un travail de réunion par seconde intention.

Ce jeune homme, maintenant âgé de vingt-trois ans, n'a pas une figure disgracieuse ; je l'ai examiné aujourd'hui même (9 février). Les deux côtés de la fente du bord alvéolaire sont solidement réunis ; mais il reste à la voûte palatine et au voile du palais un écartement de 12 millimètres, à travers lequel on voit les deux fosses nasales. L'arcade dentaire supérieure s'est sensiblement rétrécie ; elle a cependant encore assez de largeur pour ne pas s'engager dans l'arcade inférieure. A la première dentition, il n'est pas sorti de dents incisives à droite ; la grande incisive gauche est très-rapprochée de la canine droite ; il existe, cependant, entre ces deux dents un petit intervalle. A l'âge de dix-huit ans, a poussé une incisive latérale droite, qui est petite et ressemble à une dent de lait. Cette dent est située en arrière de l'arcade dentaire, sur la ligne de jonction de l'os incisif avec le corps du maxillaire.

Deuxième fait. — Le sujet de cette seconde observation était un enfant âgé de vingt jours seulement, qui m'avait été adressé par mon honorable confrère le docteur Moutin, de Salon. Chez celui-ci, le bec-de-lièvre était à gauche, et présentait les mêmes complications que dans le cas précédent, moins la saillie exagérée du côté interne de la fente du bord alvéolaire. L'enfant ne pouvait pas téter, on le nourrissait à la cuiller ; il était maigre et affaibli. Je n'avais pas encore, à cette époque, d'opinion bien arrêtée sur le degré d'utilité que pourrait avoir la guérison du bec-de-lièvre au point de vue de l'allaitement, et j'étais moins convaincu qu'aujourd'hui du danger de cette opération, pratiquée dans de pareilles cir-

constances. J'opérai donc. Il me fallut disséquer le côté gauche de la division de la lèvre et couper le frein. Malgré cette complication, l'enfant ne mourut pas des suites immédiates de l'opération ; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les tissus très-minces que traversait l'aiguille supérieure furent divisés en trente-six heures par le petit instrument. Les deux aiguilles inférieures ne furent retirées qu'après soixante-douze heures ; elles n'avaient pas ulcéré les tissus. Au moment où j'enlevai la suture, je crus à une bonne réunion des deux tiers inférieurs de la plaie ; mais avant la fin du jour, je constatai un écartement des bords de la plaie à leur partie supérieure, et je vis la pointe de la langue s'engager dans cet hiatus. Le décollement s'était déjà étendu jusqu'au-dessous du point moyen de suture ; la séparation des bords fut complète après trente-six heures ; et, cette fois, je constatai bien positivement que cette désunion avait été opérée par l'action mécanique de la langue.

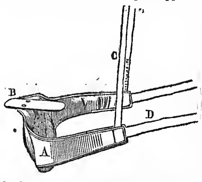
L'enfant fut emmené dans sa famille. Les bords de la plaie se cicatrisèrent séparément ; mais le petit malade s'affaiblit progressivement, et mourut vingt-huit jours après l'opération.

Troisième fait. — Un enfant d'un mois, fils d'un chef cantonnier des ponts et chaussées, me fut adressé de Peynier en novembre 1853 par mon confrère et ami, M. A. Amalbert. Comme le précédent, il avait un bec-de-lièvre unilatéral gauche, compliqué d'une division avec écartement considérable du bord alvéolaire, de la voûte et du voile du palais. L'enfant, allaité jusqu'à ce moment par sa mère, était fort et bien portant ; j'opérai le 26 novembre. J'eus soin de détacher les deux bords de la division de la lèvre dans une assez grande étendue, de mobiliser par la dissection l'aile gauche du nez, qui était entraînée en dehors. Je rapprochai les deux bords rafraîchis d'une manière fort exacte et sans tiraillement. Il s'écoula, pendant l'opération, une certaine quantité de sang ; mais pas assez pour affaiblir notablement l'enfant ni le faire pâlir. Il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive.

Dans ce cas, encore, quand la suture fut enlevée, je vis les bords de la plaie se séparer de haut en bas, et je constatai très-bien que c'était en portant la pointe de la langue contre la partie postérieure de la plaie réunie, puis dans l'ouverture résultant de l'écartement des bords à la partie supérieure, que l'enfant avait séparé de haut en bas les bords de la plaie. Je le renvoyai, en recommandant aux parents de me le ramener plus tard. Ils revinrent, en effet, le 25 mars 1854 ; l'enfant était alors âgé de cinq mois ; sa difformité était exactement la même qu'avant la première opéra-

tion. La sécrétion du lait avait cessé chez la mère, et l'enfant, nourri au biberon depuis plus de trois mois, se trouvait bien de ce nouveau régime ; il était fort et bien portant.

Cette fois, je procédai autrement, bien convaincu que c'était la langue qui, chez les deux précédents malades et dans la première opération que j'avais pratiquée à celui-ci, avait désuni les bords de la plaie, et ne doutant pas que ce ne fût là la cause ordinaire des insuccès si nombreux de l'opération du bec-de-lièvre compliqué, je voulus empêcher que la langue ne pût être portée vers la plaie, et, dans ce but, j'imaginai le petit appareil dont voici la figure :



C'est une pièce de tôle A, disposée en godet, de manière à s'adapter au menton. Le bord supérieur de cette mentonnière solide s'élève au niveau de l'ouverture de la bouche. A ce bord, est fixée par des clous rivés une lame d'ivoire B, sorte de spatule qui se porte horizontalement dans la bouche jusque vers le milieu de la langue. La tôle est recouverte sur ses deux faces d'une peau souple; elle est matelassée dans sa concavité. Des bords latéraux du godet mentonnier se détachent des prolongements en peau, flexibles, assez larges, et terminés chacun par un ruban D. Ces rubans, destinés à fixer l'appareil, se croisent à la région occipitale, et viennent s'attacher ensemble sur le front. Enfin, du bord supérieur des deux prolongements latéraux partent encore deux rubans C, qui viennent se joindre sur le sommet de la tête. Avant d'appliquer l'appareil, je garnis la concavité du godet mentonnier de linge fin et souple. Du reste, la figure ci-contre représente l'appareil en place.

L'enfant y est représenté la bouche largement ouverte, pour montrer la spatule d'ivoire appliquée sur la langue.

Ce petit appareil embrasse exactement le menton, suit tous les mouvements de la mâchoire inférieure, et ne gêne en aucune façon l'occlusion de la bouche.

Je croyais qu'il faudrait, avant l'opération, habituer l'enfant à porter cet appareil ; mais l'habitude fut bientôt prise. Dès que l'appareil fut appliqué, l'enfant se mit à sucer la spatule linguale ; il prit sans difficulté le lait qui, depuis plusieurs mois, lui était

donné à la cuiller ou au biberon, dormit comme de coutume, et ne parut nullement inquiet; si bien que, dès le lendemain, après avoir constaté que l'appareil atteignait très-bien son but, je crus pouvoir faire l'opération.



Tout se passa de la manière la plus heureuse. L'enfant fut alimenté sans difficulté, comme avant l'opération. Il ne survint pas le moindre accident.

Les aiguilles, qui avaient été appliquées au nombre de trois, furent enlevées : celle du milieu, le quatrième jour, les deux autres, le sixième jour seulement. Ce séjour prolongé des aiguilles dans les tissus n'eut aucun mauvais résultat. Les parties traversées par ces instruments ne s'ulcérèrent pas.

L'appareil appliqué dans le but de retenir la langue sur le plancher buccal fut laissé en place jusqu'au quatorzième jour. Le succès fut complet; la cicatrice était des plus belles. L'opération, en ramenant en avant la narine gauche, avait fait disparaître l'écrasement du nez et régularisé les traits. L'enfant, qui avait joui de la meilleure santé après l'opération, fut emporté six mois plus tard par une affection gastro-intestinale aiguë qui ne dura que quelques jours.

J'ai l'intime conviction que ce que j'ai observé dans ces cas est ce qui doit se passer ordinairement. J'ai saisi sur le fait la langue détruisant l'union des bords de la plaie; et, tout en convenant que le tiraillement que subissent les parties quand l'écartement des os est considérable, et le défaut d'appui des parties rapprochées par la suture sont des conditions défavorables à la réunion, je suis convaincu que la langue du petit opéré, sans cesse attirée par les sensations de cuisson ou de prurit, est l'agent principal de la désunion des bords de la plaie, et que l'appareil que je propose et que j'ai mis en usage, en empêchant la langue de se porter sur la face postérieure de la lèvre, pendant tout le temps nécessaire à la consolidation de la cicatrice, diminuera de beaucoup la proportion des revers dans les opérations de bec-de-lièvre compliqué d'écartement

de la voûte palatine et du bord alvéolaire, et permettra d'opérer dans les premiers mois de la vie les becs-de-lièvre compliqués. Cependant je ne suis point d'avis qu'on se presse autant dans ces cas que dans ceux du bec-de-lièvre simple. Il sera bien, je crois, de ne pas opérer avant l'âge de cinq ou six mois; mais, autant que possible, on devra ne pas différer non plus jusqu'après le septième ou huitième mois.

§ III. *Détails pratiques relatifs à l'opération du bec-de-lièvre chez les enfants en bas âge. Que doit-on faire avant, pendant et après l'opération?* — J'ai dit les motifs qui me faisaient préférer l'âge d'un à quatre ou cinq mois pour l'opération du bec-de-lièvre simple. L'opération, dans ce cas, ne nécessite aucun changement dans les habitudes de l'enfant, et s'il est bien portant, il n'y a aucune préparation à lui faire subir. Mais il n'en est pas ainsi pour le bec-de-lièvre compliqué. Quand la spatule linguale sera appliquée, l'enfant ne pourra plus prendre le sein; il faudra qu'il soit nourri à la cuiller, tant qu'on laissera cet appareil en place, c'est-à-dire pendant huit ou dix jours au moins. Or, on conçoit qu'il y aurait beaucoup d'inconvénient à ce que le régime fût changé brusquement le jour de l'opération. Outre que la santé du malade pourrait en souffrir, ce changement deviendrait pour l'enfant une cause de contrariété et d'inquiétude; de là, des cris qui pourraient contribuer à faire échouer la réunion. Il faudra donc que le petit malade soit habitué à l'allaitement artificiel, avant qu'on fasse l'opération. On pourra le faire passer graduellement du sein à l'allaitement artificiel, sans qu'il en souffre beaucoup; et c'est quand il sera habitué à ce nouveau régime que l'opération sera pratiquée. Si l'enfant est bien portant, on pourra commencer de l'habituer à la cuiller dès l'âge de cinq mois, et, à six mois, il sera prêt à être opéré. A cet âge, la réunion de la plaie se fera entre surfaces assez larges, et l'enfant sera assez fort pour supporter une opération douloureuse et grave. Si des circonstances particulières nécessitaient un retard, il faudrait pourtant tâcher d'opérer encore avant le commencement de la dentition, ou, si on ne le pouvait, il faudrait choisir l'intervalle qui sépare l'évolution des deux premiers groupes dentaires.

Le petit enfant qui fait le sujet de ma troisième observation n'a nullement été contrarié par l'appareil contentif de la langue; mais il n'en serait peut-être pas toujours ainsi, et il sera prudent d'habituer l'enfant à la spatule linguale, quelques jours avant de l'opérer.

L'opération étant pratiquée sur un enfant bien portant et déjà

assez fort, on ne craindra pas de détacher les bords de la fente labiale par la section de frein, et, s'il le faut, par une dissection des parties molles, qu'il peut être nécessaire de porter assez loin dans le bec-de-lièvre compliqué. Pour que l'avivement puisse être fait d'une manière très-nette, il faut que le bord qu'on excise ait été préalablement isolé par une dissection qui a détaché aussi l'angle supérieur de la fente, que ce bord ainsi isolé soit convenablement tendu. Je ne connais pas de meilleur moyen d'opérer cette tension que les pinces croisées à dents de rat et à long manche, dont on se sert pour l'opération du strabisme. Je préfère de beaucoup les ciseaux au bistouri. Glissant une lame de l'instrument sous le bord de la fente, jusqu'au-dessus de l'angle, j'excise d'un seul coup la partie colorée du bord gauche d'abord, puis je procède de la même manière à l'avivement du bord droit, ayant soin que l'extrémité supérieure de cette dernière incision se joigne à l'extrémité correspondante de la première.

L'avivement est ainsi fait en deux coups de ciseaux, et il est net et régulier.

Quant aux aiguilles de la suture, plus elles seront déliées, plus les blessures qu'elles feront seront légères, plus tôt elles seront guéries. Je me suis servi, dans plusieurs cas, des épingles à insectes ; mais elles sont mal acérées, leur résistance est faible, et quelquefois elles fléchissent sous les doigts qui cherchent à les faire pénétrer; aussi, ai-je fini par donner la préférence aux aiguilles à broder. Je choisis les plus déliées qui se trouvent dans le commerce; et, pour en faciliter le maniement, je fais à l'extrémité qui porte le chas une tête en cire à cacheter. J'ai soin de percer les lambeaux à une distance suffisante des bords saignants, et de traverser avec les aiguilles toute l'épaisseur de la lèvre, jusqu'à la face celluleuse de la membrane muqueuse. De cette manière, les deux bords rapprochés sont exactement appliqués l'un contre l'autre dans toute leur épaisseur, et il ne se fait pas d'écoulement de sang par les vaisseaux qui ont été ouverts dans l'avivement. Les fils posés, je coupe la pointe des aiguilles avec une pince incisive.

Je ne crois guère à l'utilité du renouvellement quotidien du fil de la suture, conseillé par M. P. Dubois et M. Gosselin : je suis dans l'habitude de laisser le même fil jusqu'à la fin ; je le laisse encore en place quand je retire les aiguilles, et ne l'enlève que quand il n'adhère plus à la peau. J'ai soin de ne serrer le fil qu'au degré convenable, et je n'ai jamais vu survenir les accidents que craignent MM. Gosselin et Dubois. Du reste, si les fils inextensibles peuvent

donner lieu à de pareils accidents, on n'aurait plus à les redouter avec la suture élastique de M. Rigal de Gaillac.

Les aiguilles de la suture seront retirées le troisième jour dans le bec-de-lièvre simple. J'en ai laissé deux jusqu'au sixième jour chez le sujet de ma dernière observation, et je n'ai pas eu à m'en repentir; cependant, je ne conseille pas de les laisser si longtemps. On devra toujours les retirer, au plus tard, le quatrième jour. Dans ce cas, j'ai cédé, je l'avoue, aux sollicitations de la mère, qui, se souvenant de l'insuccès de la première opération qu'avait subie son enfant, craignait de voir les bords de la division se séparer de nouveau quand les aiguilles seraient enlevées.

Quand on opère dans les premiers mois de la vie, il ne reste pas ordinairement d'encoche au bord libre de la lèvre ; ainsi, les procédés si ingénieux de MM. Clémot et Malgaigne, de M. Nélaton, de M. Coste, de Marseille, dont on ne peut contester l'utilité chez les adultes, ne conviennent pas à ces cas-là; ils rendraient l'opération plus longue et plus difficile, et ne donneraient pas de meilleurs résultats que le procédé ordinaire.

Comme M. P. Dubois, je fais mettre l'enfant au sein immédiatement après l'opération du bec-de-lièvre simple. J'ai dit comment l'enfant doit être nourri à la suite de l'opération du bec-de-lièvre compliqué.

Enfin, il est une précaution fort importante, suivant moi, pour le succès de l'opération. Si vous laissez libres les mains du petit opéré, il les portera à la bouche, et pourra déranger la suture; si vous emprisonnez dans les langes les bras d'un enfant habitué à les mouvoir librement, la gêne exciterait son impatience et lui ferait pousser des cris. Je suis dans l'habitude de limiter les mouvements des bras au moyen d'attaches embrassant les poignets à la manière de bracelets, et venant se fixer à la ceinture, de façon à empêcher que la main n'arrive à la hauteur de la tête, sans toutefois gêner beaucoup l'enfant dans ses mouvements.

A l'exemple de la plupart des chirurgiens, je n'emploie aucun bandage unissant, aucun emplâtre agglutinatif.

Voilà ce que mon expérience m'a appris sur l'opération du bec-de lièvre : je n'ai rien dit du bec-de-lièvre bilatéral non compliqué, ni des différents procédés qui ont pour but la conservation et la réduction de l'os incisif dans le bec-de-lièvre compliqué de la saillie de cette pièce osseuse, parce que je n'ai pas rencontré ces cas-là dans ma pratique.

De l'étranglement herniaire et moyen de le faire cesser sans recourir à l'opération sanglante [1].

Par M. le baron Seutin, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Pierre.

En publiant des considérations pratiques sur la réduction de l'étranglement des hernies sans recourir à l'opération sanglante, rien qu'avec l'emploi de la main, je ne fais qu'obéir à la devise que j'ai adoptée et qui m'a toujours dirigé dans ma carrière : *être utile.*

Devant les résultats que je cite et qui me sont acquis, soit dans ma clinique à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, soit dans ma clientèle particulière, résultats d'ailleurs confirmés par le succès avec lequel plusieurs de mes honorables confrères ont appliqué mon procédé ; devant de pareils faits, le doute n'est plus permis.

On peut désormais se dispenser, dans presque tous les cas, de recourir à une opération toujours douloureuse, trop souvent fatale, comme la herniotomie.

J'en appelle donc avec confiance aux praticiens loyaux et consciencieux, aux amis de l'humanité souffrante, aux administrations d'hospices, aux professeurs de clinique chirurgicale, en un mot, à toutes les personnes que leur position met dans le cas d'exercer une haute et légitime influence.

A mon âge, après plus de quarante années d'exercice dans l'art auquel j'ai voué ma vie, je n'ai pas besoin de dire que si je préconise cette méthode de réduction des hernies, c'est uniquement d'après l'autorité infaillible des faits, autorité à laquelle j'ai dû me soumettre, malgré mes opinions précédentes.

A ceux de mes confrères qui douteraient du succès de ma méthode, ou qui ne s'en rendraient pas bien compte d'après une simple description ; à ceux qui douteraient ou hésiteraient, j'offre de grand cœur de les seconder gratuitement pour les sujets de la classe indigente qui se trouveront dans cette cruelle situation.

Mon appel, j'aime à le croire, sera entendu, et je m'estimerai heureux, en popularisant mon procédé, de contribuer, autant qu'il est en moi, à diminuer les cas douloureux où le chirurgien est obligé de recourir à une opération sanglante.

A ceux qui, au milieu des belles destinées ouvertes à la chirurgie contemporaine, ne voient que la main armée d'un couteau, je dirai : « Moi aussi, à une autre époque de ma vie, dans l'effervescence de l'âge, j'ai pu partager votre ardeur ; mais le temps et l'expérience ont modifié mes principes, en me rapprochant de plus en plus de la

[1] Extrait du Journal de médecine publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

marche réparatrice de la nature, et en me confirmant dans cette opinion que j'ai déjà exprimée :

« Ne me croyez pas, mais jugez par vous-mêmes ; essayez, et les faits répondront à votre attente.

« Expérimentez, mais expérimentez sans idée préconçue. »

Nouvelle méthode pour le traitement des hernies étranglées. — Le traitement des hernies a, de tout temps, préoccupé au plus haut degré les chirurgiens, et ce n'est pas sans raison; car, indépendamment de la gêne qui résulte de leur préssnce pour le malade, elles peuvent, dans certains cas donnés, mettre sa vie en danger. C'est ce qui a lieu dans l'étranglement : aussi a-t-on eu recours, pour le combattre, à l'une des opérations les plus graves de la chirurgie, à la herniotomie ou kélotomie.

Dans ces derniers temps, on a cherché à contester la gravité de cette opération; des chirurgiens l'ont prônée avec enthousiasme et pratiquée un grand nombre de fois. Cependant les relevés statistiques prouvent suffisamment que, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, des complications, des accidents fâcheux viennent trop souvent déjouer les espérances de l'homme de l'art et compromettre l'existence du malade. Il est vrai que certains praticiens affirment réussir souvent dans cette opération dangereuse; mais ils sont en petit nombre, comparativement à ceux qui ont échoué. D'ailleurs, il est de notoriété publique que les opérations sanglantes sont souvent accompagnées d'accidents graves, et que les malades ne s'y résignent que fort tard et en désespoir de cause. C'est principalement dans les hôpitaux que les accidents consécutifs et surtout l'intensité de la péritonite entraînent fréquemment une issue funeste.

En effet, cette opération est considérée comme l'une des plus difficiles de la chirurgie, et on le conçoit aisément lorsque l'on considère, indépendamment des complications qui peuvent en compromettre les suites, les nombreux rapports vasculaires qui existent dans les régions qui sont le siége des hernies, la délicatesse des parties qui constituent celles-ci, ainsi que les anomalies et les variétés nombreuses de dispositions, d'aspect et d'altération organique que peuvent présenter les viscères déplacés ou les tissus environnants. Combien souvent n'arrive-t-il pas encore qu'en exposant, par l'opération, les parties au contact immédiat de l'air, l'on aggrave l'inflammation qui accompagne l'étranglement, au point de déterminer les accidents les plus formidables ? Comment donc une opération si grave est-elle devenue en quelque sorte usuelle ? Comment s'est-on pris pour elle d'une espèce d'engouement ? C'est que, pour l'éviter,

on ne connaissait rien qu'une manœuvre également propre à amener des accidents redoutables, je veux parler du *taxis forcé*. Par celui-ci on cherchait à refouler violemment l'intestin, on le pétrissait pour en expulser les matières, les gaz, le sang; on poussait avec force pour le faire repasser à travers l'anneau. De cette façon, on s'exposait à contondre, à blesser, même à déchirer l'intestin et à produire des inflammations, des gangrènes et des ruptures, inévitablement suivies de la mort. Cela arrivait quand on réussissait. Quand on ne réussissait pas, et cela se voyait, on devait se résoudre à pratiquer la herniotomie ; dans ces conditions, elle devenait plus redoutable encore que lorsqu'on la pratiquait d'emblée. Aussi Desault, se fondant sur les résultats divers de la herniotomie lorsqu'elle est pratiquée avant ou après le taxis, et éclairé surtout par les abus funestes du taxis forcé, dont ses prédécesseurs faisaient un grand usage, enseigna, l'un des premiers, que cette pratique aggravait souvent les accidents. Mais de là à l'exclusion complète de toute tentative de réduction, la distance est grande. Ici, comme souvent il arrive, ses disciples tombèrent dans l'exagération, en adoptant comme règle l'opération sanglante. Mais la chirurgie devait-elle rester réduite à choisir toujours entre deux procédés également chanceux? N'y avait-il pas d'autre moyen que la herniotomie ou le taxis forcé? On le croyait autrefois, et généralement on le croit encore aujourd'hui. Depuis longtemps je m'attache à démontrer, dans mes leçons cliniques, qu'il en existe un autre, passé sous silence par les auteurs, qui n'expose à aucun danger et qui réussit dans la plupart des cas : c'est le taxis modéré permanent et lentement exercé.

Voici ce qui se trouve écrit dans un compte rendu de ma clinique, publié en 1845 par un de mes internes, M. le docteur Derridder [1] : « A Saint-Pierre, taxis modéré, continu et plus ou moins forcé, est la règle ; l'opération sanglante, l'exception.

« Après une réduction obtenue par le taxis, M. Seutin nous a dit qu'il venait de réduire sa vingt-unième. »

Je dois avertir que le mot *forcé* est de trop ici ; il n'a jamais été dans ma pensée ni dans ma manière de faire, bien qu'on me l'ait parfois reproché. Voici, du reste, comme preuve, un passage que j'emprunte à une relation de ma clinique, que j'ai publiée en 1848. Ce passage servira en même temps à donner une idée de ma manière de procéder :

« Comme nous avons déjà souvent eu occasion de le dire, nous

---

[1] Voir Journal de médecine, etc., tome III, p. 479.

évitons, autant que possible, l'opération de la herniotomie ; car c'est toujours une opération grave, dans laquelle le chirurgien n'est jamais sûr de ce qu'il va rencontrer, et dont les suites sont assez souvent mortelles; nous tâchons de la rendre inutile, en réduisant la hernie par le simple taxis. Ici nous voyons déjà beaucoup de chirurgiens se récrier : Comment, employer le taxis forcé ? Pétrir l'intestin entre les doigts, le contondre, l'enflammer encore plus qu'il ne l'est, le vouer à la gangrène, et le malade à une mort inévitable! Et puis retarder par ces tentatives l'opération, dont les conséquences funestes résultent souvent de ce que l'on a trop différé, de ce que l'on a déjà donné à l'intestin le temps de se mortifier ! Et puis, risquer de réduire en bloc et de produire un étranglement interne ; ou bien, faire rentrer dans l'abdomen un organe déjà privé de la vie, qui va s'y ouvrir et verser des matières étrangères dans le péritoine ! Voilà certes des objections sérieuses ; nous allons tâcher d'y répondre.

« D'abord nous n'employons pas le taxis forcé, consistant à presser de toute sa force la tumeur entre les doigts, pour l'obliger à rentrer, bon gré mal gré. Notre manœuvre consiste dans un taxis modéré, mais prolongé ; nous saisissons la tumeur, nous la comprimons modérément, surtout à son collet, sans jamais employer la violence : ce n'est pas dans la force que nous mettons notre confiance, c'est dans le temps ; nous manœuvrons pendant dix minutes, une demi-heure, une, deux heures et plus, si c'est nécessaire. De cette façon, nous expulsons doucement les matières fécales et les gaz, nous dégorgeons la tumeur des fluides qui s'y sont accumulés ; enfin, nous la faisons repasser petit à petit à travers l'orifice qui lui a livré passage par portions proportionnelles à cet orifice. Ces manœuvres, conduites comme nous venons de le dire, ne sont pas de nature à contondre l'intestin, protégé d'ailleurs par les parties extérieures, et nous croyons qu'elles doivent beaucoup moins l'irriter, beaucoup moins exposer la séreuse à l'inflammation, que le contact de l'air, des doigts et des instruments, auquel on la soumet dans la herniotomie. Ici n'omettons pas de faire remarquer que dans les cas où il y a inflammation vive avec douleur intense, fièvre, vomissements répétés, et surtout si la peau est chaude et rouge, nous nous abstenons de toute manœuvre ; nous commençons par abattre l'inflammation au moyen des antiphlogistiques. En effet, réduire dans ces cas, ce serait s'exposer à provoquer une péritonite mortelle.

« Quant au retard apporté à l'opération, existe-t-il dans notre manière de procéder? Aussitôt que nous arrivons près du malade, nous

le mettons au bain, nous donnons tous les soins préliminaires et nous essayons le taxis. Si, après un temps suffisant, nous n'avons rien gagné, tout est prêt pour l'opération, et nous la pratiquons. Mais ce n'est que rarement que nous sommes forcé d'en venir à cette extrémité. Dans les cas où il y a inflammation vive, ce retard est, il est vrai, réel; mais un chirurgien prudent oserait-il davantage opérer dans ces cas, sans avoir abattu préalablement l'inflammation? Quant au danger de faire rentrer un organe déjà gangrené, disons que la gangrène n'arrive heureusement pas sans être annoncée par des phénomènes généraux assez évidents, tels que la lividité de la face, la petitesse du pouls, la fétidité de l'haleine, le froid de la peau, la cessation de la douleur. Certes, si, dans un cas donné, nous constations ces symptômes, nous serions le premier à renoncer au taxis et à prendre le bistouri. Enfin, on parle d'étranglements internes par suite de réduction en bloc; mais ces cas sont fort rares, et ils doivent l'être. En effet, ou bien la hernie est récente, et l'étranglement n'est pas produit par le sac; ou bien elle est ancienne, et le sac a pris des adhérences aux tissus voisins, en même temps que son collet s'est induré et rétréci. Il faudrait donc détruire ces adhérences; ce qui serait possible tout au plus par un taxis forcé, brutal, et non par le taxis modéré, tel que nous le pratiquons.

« Mais en admettant même que, dans certains cas exceptionnels, on puisse réduire un intestin gangrené, ou réduire en bloc, ces cas, les seuls qui amèneront la mort, seront incomparablement moins fréquents que ceux où cette terminaison suit l'opération. D'autre part, dans la majeure partie des cas, le taxis suffit, et dans ceux où il faut avoir recours au bistouri, nous n'avons pas remarqué que ces tentatives aggravent l'état du malade. Aussi, en faisant une statistique comparée des deux méthodes, trouverait-on incontestablement que la nôtre est moins souvent suivie d'une terminaison funeste. »

Il s'entend qu'aux manœuvres du taxis il faut joindre une position convenable, et au besoin l'application du froid, les inhalations de chloroforme et les autres moyens recommandés par les auteurs et approuvés par l'expérience, etc., etc., etc.

Par le taxis appliqué de cette façon, j'ai obtenu de nombreux succès à mon hôpital et dans ma clientèle, j'en ai obtenu de non moins éclatants dans mes voyages. Fidèle à mes tendances et à mes principes, qui consistent à éviter autant que possible les opérations sanglantes, le maniement du couteau, j'ai donc l'un des premiers combattu la herniotomie, en démontrant qu'elle peut souvent être

prévenue par le taxis graduel, méthodique et répété. Beaucoup de confrères m'ont assuré s'être bien trouvés de cette pratique. Enfin, M. Bernard la préconisait dans les termes suivants, en 1854, dans la Gazette médicale de Montpellier :

« Le taxis doit être pratiqué d'une manière lente et intermittente, on doit déployer une somme de force, en ayant soin de l'appliquer uniformément sur tous les points, et de mettre à son déploiement un long espace de temps entrecoupé de temps de repos. Sur les cinquante-cinq hernies traitées par ce procédé, on n'a observé que quatre fois des accidents, qui ont consisté, une fois en un épuisement de la sensibilité, qui bientôt a été anéantie complétement, par la réapparition de la hernie; une fois en une selle sanguinolente, et deux fois en des abcès sous-cutanés. »

Ainsi, sur cinquante-cinq hernies étranglées traitées par le taxis, M. Bernard n'a vu survenir que quatre fois des accidents, et jamais la mort. Je comprends ce résultat, car, depuis vingt ans que je mets cette méthode en usage, je n'ai eu que trois cas de mort à déplorer; encore étaient-ils indépendants du procédé. En effet, un de ces cas était désespéré, et la mort s'en serait suivie en toute circonstance; il y avait déjà une péritonite qui entraîna la mort vingt-quatre heures après la réduction; on trouva dans l'abdomen environ un demi-litre de pus, qui n'avait évidemment pu se produire dans ce court espace de temps.

Dans un autre cas, je sentis l'intestin crever sous les doigts; j'ouvris la tumeur; l'intestin était gangrené; il se forma un anus artificiel, et le malade mourut au bout de six semaines, sans que le taxis y eût été pour quelque chose.

Dans un troisième cas, il y avait une entéro-péritonite qui entraîna la mort au bout de quelque temps, et l'autopsie fit constater que l'intestin n'avait éprouvé aucune lésion par suite des manœuvres.

Ainsi, je puis dire que je n'ai jamais vu les manœuvres du taxis, tel que je le décris, déterminer la mort. Cependant, il ne suffit pas dans tous les cas; un certain nombre d'entre eux peuvent lui résister, et, dans ces circonstances, nous n'avions autrefois que la dure et pénible ressource de l'opération. Je dis la dure et pénible ressource, parce que la statistique nous montre la kélotomie comme l'une des opérations les plus redoutables de la chirurgie.

Aussi ai-je constamment dirigé mon attention vers un moyen propre à la faire éviter, même dans les cas où la méthode précédente ne réussit pas. Je me suis rencontré dans cette direction avec

mes deux savants collègues, MM. Leroy d'Étiolles et Jules Guérin. Le premier a recommandé l'électro-poncture; mais ce moyen n'a pas reçu la sanction de l'expérience, et je doute qu'il réussisse dans les cas où le taxis n'a pas eu de résultat. M. Jules Guérin a proposé le débridement sous-cutané, exécuté au moyen d'une espèce de grand ténotome mousse introduit sous l'anneau par une ponction pratiquée à la peau. Cette opération me paraît présenter des avantages, cependant elle peut donner lieu à des hémorrhagies; je ne sais si elle a jamais été exécutée, et, dans tous les cas, l'expérience n'a pas encore prononcé sur sa valeur.

Lors donc que le taxis suffisamment prolongé restait sans résultat, nous n'avions plus à notre disposition que la kélotomie. Aujourd'hui, grâce à ma nouvelle méthode, il n'en est plus ainsi, et la kélotomie ne devra plus être pratiquée que dans certains cas exceptionnels fort rares, lorsque, par exemple, il y aura gangrène de l'intestin, que l'irréductibilité habituelle fera présumer l'existence d'adhérences, ou que le malade sera dans un état désespéré.

Cette méthode, qui, à peine sortie du berceau, compte déjà des succès inespérés, consiste à débrider l'anneau sans incision préalable et par la seule dilatation opérée au moyen du doigt.

Le nouveau procédé que j'ai introduit dans la chirurgie est appelé, par conséquent, à rétrécir encore le domaine de la médecine opératoire en étendant, au profit de la chirurgie conservatrice, le précepte que depuis longtemps je professe, d'éviter les effusions sanglantes.

Et cependant, il faut bien le reconnaître, la simplicité même de mon procédé, son peu d'appareil, qui n'exige aucune mise en scène, est peut-être l'obstacle le plus sérieux à son adoption. La prétention d'opérateur habile, le besoin de renommée du chauvinisme chirurgical, et, bien plus encore, l'appât du gain, feront longtemps encore triompher auprès des jeunes praticiens, surtout de ceux qui cherchent à se frayer une voie à la pointe du bistouri, l'opération à grand spectacle de la kélotomie.

Ici, en effet, dans ma méthode, la scène est plus modeste et l'appareil instrumental se réduit au premier des instruments et au plus universel comme au plus intelligent, la main. Le doigt seul suffirait.

Cette méthode fut indiquée pour la première fois au public médical en 1854, dans la Presse médicale belge, qui lui consacra les lignes suivantes :

« Le professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bruxelles vient d'enrichir la chirurgie d'un nouveau procédé pour la ré-

duction des hernies. Ce procédé va encore diminuer le domaine de la médecine opératoire, que M. Seutin a déjà resserré dans de si étroites limites. Ce procédé est des plus simples et des plus inoffensifs; il consiste dans la rupture de l'anneau fibreux déterminant l'étranglement, à l'aide du doigt indicateur introduit dans l'anneau inguinal. C'est à partir de 1849 que M. Seutin a fait usage de ce procédé dans un cas dont l'observation a été publiée dans ce journal; depuis il l'a répété plusieurs fois et toujours avec un succès constant. Le 31 mars dernier, il l'a pratiqué sur un voiturier atteint de hernie inguinale étranglée, et le succès le plus complet, nonobstant les conditions les plus défavorables du malade, est venu couronner cette tentative. Le chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre ne s'est pas borné à cette démonstration purement pratique; il a encore, en présence de M. Lombard, de Liége, et de plusieurs praticiens, démontré sur le cadavre comment cette rupture pouvait s'opérer, et cela avec la plus grande facilité. Désormais l'opération de la kélotomie va devenir une rare exception; espérons que sous peu notre savant confrère publiera, sur ce procédé, un mémoire appuyé sur des faits, qui en généralisera l'application dans le monde médical. »

Peu de temps après, la Gazette médicale de Liége en faisait mention dans les termes suivants :

« Pendant le cours de la session du jury combiné de Bruxelles-Liége, pour les examens universitaires du mois d'avril dernier, une vive discussion s'est élevée entre MM. Seutin et Lombard, relativement à un nouveau procédé de réduction des hernies, que le premier racontait avoir employé déjà bien des fois avec un plein succès. Comme on le verra tout à l'heure, ce procédé opératoire consiste dans la déchirure de l'anneau inguinal à l'aide du doigt, sans opération préalable, sans instrument tranchant. Au premier abord, cette pratique n'offre rien de rationnel; elle semble descendre en droite ligne d'un brutal empirisme, plutôt que des méditations d'un chirurgien aussi distingué que l'honorable professeur de Bruxelles. Aussi M. Lombard éleva-t-il des doutes nombreux sur les résultats avantageux qui, selon M. Seutin, étaient dus à ce procédé nouveau. La possibilité de déchirer, sans grande peine et sans grands efforts, l'anneau aponévrotique de la région inguinale, semblait surtout difficile à admettre, et c'est pour lever cette première difficulté que le médecin de Liége proposa au médecin de Bruxelles l'expérimentation à laquelle M. Seutin n'avait pas encore songé. Le défi fut accepté, et, devant un auditoire choisi et nombreux, à deux reprises

différentes, M. Seutin, après avoir introduit le doigt indicateur dans le canal inguinal en refoulant la peau, accrocha l'anneau aponévrotique et le déchira avec un bruit de craquement qui fut parfaitement entendu de tous les assistants.

« M. Lombard demanda aussitôt qu'on procédât à l'autopsie du cadavre, et, à l'aide d'une dissection faite avec le plus grand soin, il put, ainsi que ses collègues et amis présents à ces débats, constater la déchirure de l'anneau inguinal.

« Une autre difficulté restait encore à lever : c'était de voir s'il est possible, dans les cas de hernie étranglée ou engouée irréductible, de parvenir *sans danger* à introduire le doigt entre les parties herniées et l'anneau inguinal, de manière à accrocher et à déchirer sûrement ce dernier. A cela plusieurs faits ont déjà répondu; M. Seutin déclare avoir fréquemment réussi. Mais, pour ne rien préjuger, attendons que d'autres opérateurs aient essayé à leur tour ce procédé, avant d'apprécier la valeur réelle et les résultats qu'on semble déjà en droit d'espérer de ce nouveau moyen, dont la simplicité est si séduisante. »

J'avoue ne pas comprendre pourquoi ma pratique n'offre, au premier abord, rien de rationnel et semble descendre en droite ligne d'un brutal empirisme. Comment ! un anneau fibreux empêche les parties herniées de rentrer; la première indication n'est-elle pas de surmonter cette barrière en dilatant, en rompant ou en coupant cet anneau? Si cette opération semble appartenir à un brutal empirisme, serait-ce par hasard parce qu'il n'y a ni appareil instrumental à exhiber, ni incision à pratiquer? parce qu'on épargne au malade la douleur et l'effusion du sang? Il me semble que c'est, au contraire, là le but *ultime* que tout chirurgien doit se poser et que rien n'est plus digne de ses méditations. L'auteur de cet article ne s'est sans doute pas bien rendu compte lui-même de quelques-unes de ses phrases. Quant à l'expérimentation cadavérique, c'est à tort qu'on dit que je n'y avais pas songé; plusieurs fois j'avais étudié sur le cadavre et fait préparer les anneaux de manière à me rendre compte de tout ce qui s'y passait. Quoi qu'il en soit, le vœu qu'il émettait en terminant a été accompli. Non-seulement depuis lors j'ai eu souvent occasion d'employer cette méthode, et toujours avec le même succès, tant à l'hôpital Saint-Pierre que dans ma pratique particulière, mais plusieurs de mes confrères ont essayé et réussi aussi complétement. C'est ce que prouvent les observations que je donnerai à la fin de ce travail, et dont une est empruntée à la Gazette médicale de Liége elle-même.

Voici comment je procède :

Le malade est couché sur le dos et placé dans une position convenable, le bassin beaucoup plus haut que les épaules, afin que la masse intestinale puisse tirailler par son poids sur la partie herniée. Les genoux sont fléchis, et le corps est légèrement incliné du côté opposé à celui où l'accident s'est produit. Le chirurgien s'assure que la hernie, habituellement réductible, ne peut être restituée à ses rapports normaux que par le taxis modéré et continu. Il cherche ensuite avec le doigt indicateur d'une main l'ouverture qui a donné passage à l'intestin, en prenant la peau d'assez bas et la refoulant, afin de ne pas être arrêté par sa résistance. Il introduit l'extrémité du doigt entre le viscère et l'orifice herniaire (anneau fibreux ou éraillure aponévrotique qui produit l'étranglement). Pour y parvenir, il a soin de déprimer, avec la pulpe de ce doigt, l'intestin ou l'épiploon de manière à pouvoir pénétrer lentement entre la partie herniée et l'anneau. Ce temps de l'opération demande de la persévérance, car au premier abord il semble impossible d'y parvenir. Alors on recourbe en crochet l'indicateur et on exerce sur l'anneau une traction suffisante pour en rompre quelques fibres. Cette rupture est annoncée par un craquement très-sensible au doigt, parfois même à l'oreille. Lorsque l'on ne parvient pas à obtenir ce craquement significatif des fibres, on leur fait subir une extension continue et forcée, qui, en les distendant au delà de leur ressort d'élasticité naturelle, suffit généralement pour déterminer la cessation de l'étranglement. Cette manière d'agir est surtout applicable au ligament de Gimbernat, plus difficile à accrocher et à déchirer que le pourtour de l'anneau inguinal. Le temps de l'opération exige quelquefois le déploiement d'une force considérable et fatigue le doigt indicateur assez fortement.

Lorsque, par suite de l'étroitesse de l'anneau, on ne parvient pas d'emblée à y faire pénétrer le doigt, on appuie fortement contre le rebord fibreux, en inclinant le doigt vers la hernie. Au bout d'un temps suffisant, les fibres cèdent et le doigt passe. Il en est de ces anneaux fibreux comme de tous les orifices organiques, qui cèdent et se distendent avec facilité devant un effort persévérant et soutenu. Dans cette manœuvre, comme dans celle de la dilatation de l'anneau, il arrive, comme je viens de le dire, que le doigt de l'opérateur se fatigue. Il ne doit pas pour cela le retirer et cesser les tentatives, mais le faire soutenir par les doigts d'un aide intelligent qui seconde l'action qu'il veut produire.

Dans la hernie inguinale, ce n'est pas sur le ligament de Poupart

que doit avoir lieu la traction exercée avec le doigt, mais bien dans sa direction de dedans en dehors et de bas en haut. De cette manière, on parvient assez facilement à rompre les lames aponévrotiques qui se trouvent entre les deux piliers ligamenteux qui constituent l'ouverture inguinale.

L'anneau est donc élargi par son éraillement, comme s'il avait été divisé par l'instrument tranchant ou largement dilaté. Alors la réduction s'opère immédiatement et avec la plus grande facilité, en exerçant le taxis suivant la direction connue du canal, c'est-à-dire pour la hernie crurale, d'avant en arrière et un peu en dehors d'abord, puis obliquement en haut et en arrière; et pour la hernie inguinale, obliquement de bas en haut et de dedans en dehors. La mobilité de la peau, sa laxité dans les parties où se déclarent les hernies, son extensibilité d'autant plus grande qu'elle y est plus mince et moins doublée de tissu cellulaire graisseux, en permettant le glissement et le refoulement de cette membrane au-devant du doigt qu'elle matelasse, la fait contribuer elle-même à protéger l'intestin contre toute contusion immédiate.

Lorsque l'étranglement reconnaît pour cause la sortie d'une masse intestinale considérable ou l'accumulation de matières fécales dans l'anse herniée, comme dans le cas d'engouement, il convient de chercher à dégager d'abord l'une des extrémités de l'anse et à en expulser les gaz par quelques malaxations, ou de pétrir modérément les matières durcies qui s'y trouvent enclavées, afin d'affaisser la tumeur et de rendre par là plus facile et plus sûre la réduction. Dans les hernies inguinales, les plus fréquentes chez l'homme, il est en général facile de rompre par la traction en dehors les fibres du ligament de Fallope qui brident, lorsque l'étranglement est externe.

Mais c'est dans les hernies crurales, qui semblent, en raison des éléments qui les constituent, devoir moins se prêter à cette manœuvre, que j'ai eu jusqu'à présent le plus souvent l'occasion d'appliquer ma méthode; sans doute parce qu'elles s'étranglent plus facilement.

Il est très-rare dans ces cas que l'on parvienne à rompre l'anneau fibreux qui étreint les viscères. Alors il faut le fatiguer, le dilater comme je l'ai indiqué; il est excessivement rare que l'on ne sente pas, après quelque insistance, cet anneau céder et que l'on ne parvienne pas à vaincre l'action de ses bords sur les viscères.

Aussi, à moins d'irréductibilité préexistante constatée, on peut établir qu'il sera toujours possible de lever l'étranglement en dilatant l'orifice à l'aide du doigt, de manière à rompre ou à rendre plus

extensible l'anneau naturel ou accidentel qui s'opposait à la rentrée des viscères déplacés. Après que la hernie a été réduite, on peut introduire le doigt dans l'ouverture dilatée, en refoulant la peau au-devant de l'index, qu'elle coiffe à la manière d'un doigt de gant.

Parfois cependant, bien que le viscère ait repris sa position normale et que la pulpe du doigt introduite dans l'anneau le sente, pendant les secousses de la toux, venir faire effort contre son extrémité, il reste au-devant de l'orifice un noyau ou une masse molle, qui a pu dans certains cas en imposer, malgré la cessation des accidents, pour une entérocèle irréductible, ce n'est parfois qu'un ganglion inguinal ou une portion épiploïque adhérente, mais le plus souvent c'est le sac lui-même devenu adhérent au pourtour de l'orifice, et dont les parois se sont affaissées. Comme on l'a vu précédemment, l'étroitesse de l'orifice qui a livré passage à la masse intestinale n'est généralement pas un obstacle sérieux à l'application de cette méthode.

Cependant, si on ne parvenait pas à introduire le doigt, on pourrait pratiquer une petite incision à la peau et y faire passer le manche d'une spatule en écartant le tissu cellulaire. En appuyant ce manche sous le bord de l'anneau, en évitant l'intestin, on éraillerait ou on dilaterait avec facilité et sans danger cet orifice. On remplacerait ainsi les instruments tranchants destinés à cette fin [1]. Quant à la résistance que présentent les fibres aponévrotiques, plus leur tension est considérable, plus il sera facile d'en produire la dilacération. En résumé donc, on peut établir que la facilité et la promptitude d'exécution de ce mode opératoire, l'immunité de la manœuvre, diminuent désormais de beaucoup la gravité du pronostic de l'étranglement, en réduisant à l'exception les circonstances dans lesquelles il faudra recourir à l'opération sanglante.

Cependant il n'entre pas dans ma pensée de croire que celle-ci puisse être totalement évitée. Je vais passer en revue les principaux cas dans lesquels on ne pourra pas se dispenser d'y recourir.

---

(1) Je ne tiens nullement au manche d'une spatule; tout autre instrument à extrémité mousse, qui offrirait assez de résistance pour déchirer les fibres aponévrotique, suffirait. C'est ainsi que la tige mousse et arrondie du ténotome herniaire de mon ami Jules Guérin pourrait fort bien remplacer la spatule; mais il faudrait qu'il fût dégarni de sa lame tranchante, à moins qu'on ne veuille s'en servir pour diviser les tissus; toutefois, de cette manière, on s'exposerait à léser une artère ou l'autre, accident qui m'est arrivé, il y a quelques années, tout en indiquant à mes aides et à mes élèves les précautions qu'il fallait prendre pour éviter cet accident.

Lorsque la hernie est ancienne et qu'habituellement elle ne rentre pas, on doit prévoir l'existence d'adhérences qui unissent l'intestin aux parois du sac. Dans ce cas, si l'introduction du doigt est possible, on peut dilater l'anneau de façon à lever l'étranglement; mais si les adhérences rendent cette introduction impossible, il ne reste que la kélotomie.

Lorsque dans la hernie inguinale, l'étranglement a lieu par l'anneau interne, généralement l'anneau externe et le canal inguinal présentent une grande largeur, de façon à laisser pénétrer assez facilement le doigt. Alors ma méthode est applicable, et on cherchera à rompre ou à dilater l'anneau inguinal interne. Cette manœuvre sera d'autant plus facile que, dans ces cas, le canal est fortement raccourci, et que les deux anneaux sont très-rapprochés l'un de l'autre. Si cependant l'anneau externe et le canal inguinal n'étaient pas dilatés au point de pouvoir admettre le doigt; alors, encore une fois, il faudrait recourir à l'opération sous-cutanée, telle que je l'ai décrite ou à la kélotomie. Je donne cependant la préférence à la première, qui me semble la plus simple [1].

Si l'on trouve le pouls faible, petit, serré, la face grippée, l'haleine fétide et froide, si les douleurs ont cessé, on doit présumer une gangrène de l'intestin, surtout si l'étranglement a duré longtemps. Alors toute réduction serait funeste, et il faut recourir immédiatement à l'opération indiquée pour établir un anus artificiel.

Hors ces cas, quand le chirurgien est appelé auprès d'un malade atteint d'une hernie qui, par suite d'un accident, soit inflammation, engouement ou étranglement, ne peut plus être réduite, il devra d'abord essayer le taxis modéré et continu aidé de la position, des applications froides et de l'inhalation du chloroforme, etc., etc., s'il y a forte contraction des muscles abdominaux. Si le taxis ne réussit pas, il cherchera, conformément au manuel opératoire indiqué pré-

---

[1] Néanmoins, je crois devoir donner la préférence au procédé indiqué par plusieurs chirurgiens distingués, c'est-à-dire qu'après l'incision des téguments, il faudrait chercher à introduire, entre le sac herniaire et l'anneau, le manche d'une spatule, et parvenir de cette manière à *érailler*, *déchirer*, *dilater* l'anneau avec facilité. Car ce sont ordinairement les téguments qui s'opposent au passage des doigts entre l'anneau et les parties herniées. De cette façon, on éviterait les embarras, les doutes et les difficultés qu'éprouvent les opérateurs de distinguer le sac d'avec les parties qu'il contient, temps de l'opération toujours difficile et qui expose à beaucoup de dangers. On éviterait ainsi la lésion des artères. Si l'on présumait que l'intestin fût altéré, il serait nécessaire d'en venir à la kélotomie ordinaire.

cédemment, à déchirer ou du moins à dilater fortement l'anneau. On pourrait faire à cette méthode quelques objections. Je vais les passer en revue, afin d'éclairer les praticiens sur leur valeur.

(La fin au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Réactif cuivré pour la recherche du glucose,

Par feu T. A. Quevenne, pharmacien de la Charité.

L'étude du diabète et aujourd'hui par suite des vifs débats qui se sont élevés à propos de la grande et belle question de la génération du glucose dans le foie (glucogénie) l'attention s'est porté plus qu'auparavant sur le réactif qui a pour base le tartrate de cuivre alcoolisé, et beaucoup de personnes sont appelées à s'en servir.

Les notions qui vont suivre sont relatives à la meilleure manière de le préparer.

Depuis longtemps on connaît en France deux formules de ce réactif : l'une a été donnée par M. Barreswil, comme moyen de déterminer la richesse des liquides en sucre de canne et en glucose ; l'autre est de M. Poggiale, qui l'a proposée pour le dosage du sucre du lait.

Ces deux réactifs sont très-sensibles et ne laissent, je crois, rien à désirer sous ce rapport ; mais ils offrent l'un et l'autre, et à peu près au même degré, un inconvénient, qui n'est pas bien grand pour une série de dosages faits dans un court espace de temps, mais qui est grave dans la pratique ; ils ne se conservent pas en bon état ; bientôt, quelquefois dès le lendemain de leur préparation, le deutoxyde de cuivre commence à se réduire, et l'on voit s'accumuler peu à peu au fond du vase un dépôt rouge briqueté de protoxyde de ce métal.

Ceci peut avoir deux conséquences fâcheuses : d'abord si l'on veut doser le sucre, cela n'est plus possible au bout de quelque temps, puisque, par l'effet de la réduction spontanée dont nous parlons, le titre du réactif est changé. En second lieu, il est à craindre que, dans de simples recherches qualitatives de glucose, qui se font presque toujours d'une manière réitérée, le dépôt briqueté appartenant au réactif ne s'y trouve partiellement remêlé sans qu'on s'en aperçoive, et qu'on obtienne après l'ébullition un dépôt plus ou moins caractéristique, que l'on attribuera à la présence du glucose dans le liquide examiné, tandis qu'il provient du réactif lui-même.

Le réactif dont nous avons à parler est presque exempt de cet inconvénient, tout en offrant au moins le même degré de sensibilité.

En effet, dans une expérience à ce sujet, ce n'est qu'après deux mois que l'on a commencé à remarquer une trace de dépôt d'oxyde rouge de cuivre au fond du flacon, et après huit mois, la quantité de ce dépôt avait fort peu augmenté.

Il s'était seulement formé dans le liquide une certaine quantité de cristaux parfaitement blancs, couleur qui indique qu'ils étaient exempts de cuivre, et que, par conséquent, ils n'avaient pas dû influer sur la puissance réductrice du liquide.

Actuellement, il y a plus d'un an que nous en faisons un usage exclusif à la Charité ; ses avantages ne se sont pas démentis et ont été patents pour toutes les personnes appelées à s'en servir dans l'établissement.

Voici la recette de ce réactif, qui est attribué à Fehling.

Réactif de Fehling.

1° Sulfate de cuivre cristallisé............	40 grammes.
Eau distillée..........................	160 grammes.
2° Potasse caustique......................	140 grammes.
Eau distillée..........................	500 grammes.
3° Tartre de potasse neutre.	160 grammes.
Eau distillée..........................	100 grammes.

On dissout chaque sel séparément, à l'aide d'une douce chaleur et en agitant.

Puis, la solution de potasse étant contenue dans une capsule suffisamment grande, on y ajoute d'abord celle de tartrate de potasse, et ensuite, *peu à peu et en agitant*, celle de sulfate de cuivre. Il se forme un précipité bleuâtre qui disparaît à mesure ; en même temps le liquide prend une belle couleur violette. On laisse refroidir.

La température étant abaissée à 18 centimètres cubes, j'ai complété avec de l'eau distillée le volume de 1155 centimètres cubes, indiqué par M. Fehling. J'ai constaté que ce volume correspond, en poids, à 1353 grammes.

Pour opérer le dosage du glucose, l'auteur se sert d'un tube droit ou renflé en forme de ballon, de la contenance de 20 centimètres cubes dans la partie jaugée, et d'une burette à tube latéral, contenant de 30 à 35 centimètres cubes, subdivisée par 1/10° de centimètre cube.

Les 20 centimètres cubes de réactif étant mis dans le tube d'essai, on y ajoute 1 à 2 grammes de potasse caustique, et l'on porte à l'ébullition.

D'autre part, la burette est remplie jusqu'à zéro du liquide dans lequel il s'agit de doser le glucose. On ajoute ce liquide peu à peu dans le tube ou ballon d'essai, et l'on fait bouillir après chaque addition. La liqueur d'épreuve se tarde pas à se décolorer progressivement, en même temps qu'il s'y forme un précipité jaune d'abord, puis rouge, de protoxyde de cuivre.

Pour décolorer complétement 20 centimètres cubes de ce réactif, il faut, dit l'auteur, 10 centigrammes de glucose.

La table suivante est destinée à éviter les calculs nécessaires pour trouver la quantité de glucose contenue dans l'urine où l'on veut doser ce principe.

Tableau indiquant les quantités de glucose contenues dans les urines essayées avec la liqueur titrée de Fehling.

QUANTITÉ de liqueur titrée employée pour l'expérience.	CENTIMÈTRES cubes d'urine nécessaire pour opérer la décoloration.	QUANTITÉ du glucose contenu dans un litre d'urine.	QUANTITÉ de liqueur titrée employée pour l'expérience.	CENTIMÈTRES cubes d'urine nécessaire pour opérer la décoloration.	QUANTITÉ du glucose contenu dans un litre d'urine.
1	2	3	4	5	6
		grammes.			grammes.
20 centimèt. cubes (correspondant à 1 décigr.).	1,0	100,00	20 centimèt. cubes (correspondant à 1 décigr.).	11,0	9,09
	1,5	66,66		11,5	8,68
	2,0	50,00		12,0	8,33
	2,5	40,00		12,5	8,00
	3,0	33,33		13,0	7,69
	3,5	28,55		14,0	7,14
	4,0	25,00		15,0	6,66
	4,5	22,22		16,0	6,25
	5,0	20,00		17,0	5,88
	5,5	18,18		18,0	5,55
	6,0	16,16		19,0	5,26
	6,5	15,38		20,0	5,00
	7,0	14,28		21,0	4,76
	7,5	13,33		22,0	4,54
	8,0	12,50		23,0	4,34
	8,5	11,76		24,0	4,16
	9,0	11,11		25,0	4,00
	9,5	10,52		30,0	3,33
	10,0	10,00		35,0	2,85
	10,5	9,52		50,2	2,00

Si l'on n'emploie que 10 centimètres cubes de liqueur pour l'essai, diviser par deux les nombres indiqués aux colonnes 3 et 6.

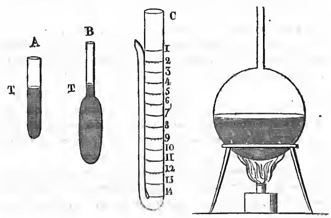
Quant aux essais qualitatifs, c'est-à-dire qui ont pour but de faire savoir s'il y a ou non du glucose dans un liquide, on se dispense souvent de l'ennui d'ajouter préalablement de la potasse au réactif, bien qu'une forte alcalinité soit une condition de sensibilité. On opère alors comme avec ceux de MM. Barreswil et de Poggiale, c'est-à-dire qu'on ajoute simplement du réactif dans le liquide à essayer, de manière à communiquer à celui-ci une couleur bleue très-pronon-

cée, puis on porte à l'ébullition. S'il se produit un précipité jaune ou rougeâtre, on conclut à la présence du glucose, sauf les réserves connues. (On sait qu'il est admis aujourd'hui que le seul caractère sans réplique qui permette de conclure à la présence du glucose est la fermentation alcoolique, c'est-à-dire la production d'acide carbonique et d'alcool.)

J'ai dit que le réactif dont il s'agit était *attribué* à Fehling. En effet, je ne possède aucun renseignement authentique sur l'origine de ce liquide. L'auteur aura, je suppose, publié sa formule en Allemagne, et c'est de là qu'elle sera parvenue aux personnes qui la possèdent. Mais, pour mon compte, je ne sache pas qu'aucun journal français en ait parlé, et je ne connais cette formule que par voie de transmission.

Elle m'a été communiquée manuscrite par M. Narcisse Gallois, interne lauréat des hôpitaux, actuellement à la Charité, et c'est conjointement avec lui que j'ai constaté et la sensibilité et la facile conservation du nouveau réactif. (Juin, 1855.)

Instruments et réactifs nécessaires pour le dosage du sucre dans les urines au moyen de la liqueur titrée de Fehling.



1° Une mesure A ou B contenant 10 centimètres cubes jusqu'au trait T et 20 centimètres jusqu'au faîte.

2° Un petit ballon de quart de litre.

3° Un rond de paille pour le ballon.

4° Une burette C de la contenance de 14 à 15 centimètres cubes, gradués par centimètres cubes et divisions. Les chiffres marqués sur l'instrument indiquent les centimètres cubes.

5° Une lampe à alcool.

6° Une pince, dite fer à mouton et garnie de bouchons.

7° De la potasse caustique.

8° La liqueur d'épreuve.

La liqueur d'épreuve de Fehling se conserve mieux que toutes les autres et se prépare ainsi :

1° Sulfate de cuivre cristallisé............	40 grammes.
Eau distillée..........................	160 grammes.

Faites dissoudre à chaud.

2° Soude caustique......................	125 grammes.
(ou potasse caustique, 140 grammes.)	
Dans eau............................	500 grammes.
3° Tartrate de potasse neutre.............	160 grammes.
Dissous dans eau chaude...............	100 grammes.

Mêlez successivement les trois solutions et ajoutez :

Eau distillée..........................	Q. S.

pour obtenir un volume total de liqueur égal à 1154,4 centimètres cubes.

20 centimètres cubes de cette liqueur sont entièrement décolorés par 1 décigramme (2 grains) de glucose ; 10, par 5 centigrammes (1 grain) de glucose.

Procédé opératoire. — Prendre avec la mesure A ou B 20 centimètres cubes de la liqueur d'épreuve (1), l'introduire dans le ballon, l'additionner de 1 à 2 grammes de potasse caustique et porter le tout en ébullition. D'un autre côté remplir jusqu'au zéro la burette C avec l'urine à essayer, et faire tomber ce liquide goutte à goutte dans le ballon, en portant à l'ébullition celui-ci après chaque addition d'urine; à mesure que l'on ajoute du liquide sucré, la liqueur d'épreuve se décolore en même temps qu'il s'y forme un précipité jaune d'abord, puis rouge de protoxyde de cuivre.

Lorsque la liqueur a perdu entièrement sa coloration bleue (ce que l'on apprécie aisément en suspendant quelques instants l'ébullition et observant la masse liquide de bas en haut, arrêter l'opération.

Lire sur la graduation de la burette le nombre de centimètres cubes et divisions d'urine employée à l'opération, et en déduire, par une proportion, le poids de glucose contenu dans un litre d'urine.

Les 20 centimètres cubes de liqueur d'épreuve étant entièrement décolorés par 0,1 (ou 2 grains) de glucose, la quantité M qui a dé-

(1) Par conséquent deux fois la mesure jusqu'au trait T.

coloré ces 20 centimètres cubes de liqueur contient évidemment 0,1 de glucose ; d'où :

Si M centimètres cubes d'urine contiennent 0,1 de glucose,
100 ou 1 litre.................................... X.

ou M : 100 : : 0,1 : X.......... $X = \frac{1000 + 0,1}{M} = \frac{100}{M}$

D'où il suit que : on obtient le poids du glucose contenu dans un litre d'urine, en divisant 100 par le nombre M de centimètres cubes d'urine (et divisions) employés pour décolorer 20 centimètres cubes de la liqueur d'épreuve.

Nota. On peut aussi faire l'essai avec 10 centimètres cubes (mesurés jusqu'au trait T), de liqueur d'épreuve ; alors on obtient le poids du glucose contenu dans un litre de l'urine en expérience, en divisant 50 par le nombre M de centimètres cubes d'urine employés pour décolorer ces 10 centimètres de liqueur.

Coup d'œil sur les glycérines du commerce.

Dans les recherches thérapeutiques qui se poursuivent avec les substances nouvelles, les expérimentateurs ne se préoccupent pas assez de l'identité de composition des produits qu'ils mettent en œuvre. De là, la diversité des assertions émises quant à la valeur de ces agents thérapeutiques. La discussion qui s'est produite au sein de la Société de chirurgie, à l'occasion de la communication de MM. Denonvilliers et Demarquay, nous en a fourni un nouvel exemple. Tandis que ces chirurgiens témoignaient des bons effets de l'action de la glycérine sur les plaies, quelques-uns des autres membres sont venus reprocher au nouveau topique, ou une action cuisante, presque caustique, ou une odeur assez désagréable pour que les malades se soient refusés à poursuivre l'expérimentation. Nous croyons utile de donner aux praticiens la raison de ces dissidences, non-seulement afin de leur éviter des mécomptes dans leurs essais, mais encore dans le but de prévenir des déductions erronées sur la valeur thérapeutique du médicament à l'étude.

La glycérine que le commerce livre aux pharmaciens est retirée des eaux-mères fournies par la fabrication de l'acide stéarique ; chaque fabrique de produits chimiques a son procédé de préparation. Ainsi, trois échantillons achetés chez les maisons les plus considé-

(1) Depuis que cette note est composée, M. Soubeiran nous a dit que la fabrique de M. Frère fournissait à la pharmacie centrale de la glycérine neutre. C'est un fait heureux, que nous nous empressons de signaler, car, quoi qu'on en ait dit, le pansement des larges plaies était douloureux, même avec cette glycérine.

rables nous ont présenté des différences très-tranchées. Nous prendrons comme type pour cet examen la glycérine fournie par la fabrique de M. Frère à la Pharmacie centrale des hôpitaux, puisque c'est des essais cliniques entrepris dans ces établissements que ressortit l'efficacité de la glycérine dans le traitement des plaies.

La glycérine de la pharmacie centrale est peu colorée ; son odeur est presque nulle ; elle marque 28 degrés à l'aréomètre ; son action sur le papier de tournesol bleu est assez marquée (1) ; elle contient une trace d'acide butyrique. Enfin, elle jouit des propriétés qui ont été assignées à ce produit par M. Cap.

La glycérine de MM. Ménier est très-ambrée ; son odeur est très-désagréable ; elle sent fortement le beurre rance. Sa densité est de 26 degrés ; elle contient beaucoup d'acides gras volatils, et, en particulier, de l'acide butyrique. En l'étendant d'eau acidulée avec de l'acide sulfurique et soumettant le mélange à la distillation, on obtient des acides gras volatils en quantité assez considérable. Il suffit même d'ajouter de l'acide sulfurique concentré et de l'alcool à un peu de glycérine pour obtenir immédiatement une odeur très-manifeste d'éther butyrique.

La glycérine de MM. Véron et Fontaine est peu colorée ; son odeur est difficile à déterminer ; elle se rapproche plus de celle d'une lessive que de l'odeur du beurre rance ; elle marque 25 degrés à l'aréomètre ; elle est à peine acide au papier de tournesol ; les acides ont été saturés avec de la chaux ; elle contient une petite quantité d'acides gras volatils.

Le dernier échantillon, pris chez MM. Vittemann et Poulenc, est peu ambré ; son odeur est celle d'une forte lessive ; cette glycérine marque 28 degrés à l'aréomètre ; elle est très-*alcaline ;* elle contient des acides gras volatils, du carbonate de soude, des chlorures et beaucoup de chaux.

On le voit, les glycérines du commerce sont ou très-acides, ou presque neutres, ou très-alcalines, et leur emploi topique ne saurait fournir un résultat thérapeutique identique.

Dans un prochain article, notre collaborateur, M. Deschamps, sera à même de signaler, nous l'espérons, les procédés à mettre en œuvre pour obtenir des glycérines neutres. Mais nous avons cru devoir tout d'abord éveiller l'attention des praticiens sur cette différence si considérable dans la composition des glycérines du commerce, et, d'après des essais qui nous sont propres, nous les engageons à rejeter de leurs expérimentations les produits d'odeur rance ou qui rougissent fortement le papier de tournesol.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation de chorée générale et violente guérie par l'immobilisation.

Le répertoire du *Bulletin de Thérapeutique*, du 30 janvier dernier, page 91, contient l'analyse d'un article publié par M. Monathan, sur un cas de chorée partielle des membres supérieurs, guérie par l'immobilisation, au moyen d'une attelle placée à chaque membre, depuis les doigts jusqu'au milieu du bras. A ce sujet, vous posez deux questions : « Quelle est au juste l'influence de l'immobilité appliquée au traitement de la chorée? Comment immobiliser le système musculaire tout entier dans la chorée générale ? »

Voici une observation qui sera un commencement de réponse à ces questions.

Il y a environ vingt-cinq ans, étant allé, au mois de septembre, passer quelques jours dans ma famille, dans les montagnes du haut Bugey, je fus consulté pour un voisin, jeune homme de seize à dix-sept ans, qui, depuis cinq semaines, était affligé de mouvements cloniques continuels d'une grande violence, fort incommodes, mais non douloureux. Il me fut facile de reconnaître une chorée générale portée à un degré que je n'ai plus rencontré depuis. Ce jeune homme ne pouvait essayer de marcher, même soutenu par deux personnes, sans être lancé, de droite et de gauche, contre les meubles ou contre les parois de la chambre, et sans enchevêtrer ses membres dans ceux de ses soutiens. Les muscles du tronc étaient sans cesse en contorsion, ainsi que ceux du cou; la face prenait les expressions les plus singulières et les plus outrées. On ne pouvait alimenter le patient sans une certaine adresse à saisir quelques secondes de repos, et l'on était obligé de le surveiller dans la nuit, même pendant quelques heures de sommeil.

Cette maladie avait été produite par de lourdes charges portées sur la nuque et sur les épaules. On lui avait opposé des antispasmodiques, des bains, la saignée, sans le plus petit succès; la saignée semblait même avoir augmenté l'ataxie musculaire.

A travers ce désordre, pouls calme, mouvements du cœur réguliers, respiration libre, digestions bonnes, miction facile, défécation quotidienne.

Après un examen des plus minutieux, je ne pus reconnaître aucune lésion d'organe qui rendît raison d'un état si fâcheux. La moelle épinière, qui appela mon attention, vu la cause présumée, me parut intacte, car la sensibilité était normale.

Dans un cas si embarrassant, quel traitement fallait-il adopter? Je raisonnai ainsi : il n'y a aucune lésion matérielle ; tout gît dans un désordre de l'influx nerveux ; ne serait-il pas possible que cet influx ne se montrât si désordonné que par une sorte d'habitude? Alors, en détruisant l'habitude, il rentrera dans la régularité physiologique, et les convulsions cesseront. Mais comment détruire l'habitude? En immobilisant autant que possible tout le système musculaire extérieur.

En conséquence, voici l'artifice auquel j'eus recours : je plaçai le jeune homme sur son lit, étendu sur le dos ; je fis rapprocher les membres de la ligne médiane par des hommes vigoureux, et j'emmaillotai le sujet des pieds aux épaules, au moyen de fortes bandes jetées en spire ; après quoi le corps *sursautait* en quelque sorte comme d'une seule pièce. Je fis appliquer de l'eau froide sur le front pour combattre la congestion vers la tête, et, pour distraire le malade de la gêne, on lui frottait de temps en temps la figure et le cou avec un linge humecté d'eau fraîche. Quand la face devenait trop colorée, je relâchais un peu les bandes supérieures ; je les resserrais quand la circulation était régularisée et que les battements tumultueux du cœur, nés de la contrainte, étaient calmés.

Après quarante-huit heures de cette situation, que je n'aurais pu maintenir sans mon ascendant sur la famille, les mouvements avaient perdu les trois quarts de leur violence. Je commençai à descendre les tours de bandes jusqu'aux coudes ; le lendemain, je les relâchai dans toute leur longueur. Le cinquième jour, le jeune homme put manger seul et marcher en chancelant un peu, mais sans être soutenu. J'employai alors les bains tièdes, laissés presque froids à la sortie du bain. Enfin, au bout de huit jours, la guérison était à peu près confirmée, et j'eus à mon départ le plaisir d'avoir opéré une cure remarquable par un procédé en dehors de tout ce qui était alors connu, ou tout au moins usité.

J'ai pu avoir souvent des nouvelles d'un sujet qui m'intéressait au dernier point. La cure s'est soutenue entière, sauf quelques mouvements cloniques, qui reparurent quelques mois après, sous l'influence du froid, et qui cédèrent aux bains tièdes. L'année suivante, il y eut encore un retour éphémère ; mais depuis, la chorée n'a pas reparu. Malheureusement le sujet est mort quelques années plus tard, d'une maladie qui n'avait aucun rapport avec la chorée.

J'avais craint, en publiant cette observation, de n'apporter à la science qu'un de ces cas bizarres qui l'encombrent plus qu'ils ne l'enrichissent ; mais l'observation que vous avez insérée dans votre

excellent journal semble confirmer mon raisonnement et mon procédé ; et peut-être l'immobilisation deviendra-t-elle, dans les chorées non compliquées, une méthode qui rendra d'importants services.

NICOD, d'Arbent, D.-M.,
à Lyon.

De l'association du seigle et du froment comme moyen de triompher de la constipation.

J'ai publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* de l'année 1855 (t. XLIX, p. 26) un article sur la constipation, dans lequel je démontre que le pain *mêlé de son* est, de tous les moyens propres à combattre cette indisposition, le plus certain et le plus inoffensif. Mais la plupart des boulangers, se contentant de mêler le son à la pâte, pendant le pétrissage, ce qui donne un pain assez peu agréable à la vue et au goût, je pense qu'on sera bien aise de connaître un procédé meilleur, et dont j'ai constaté *de visu* les avantages : il consiste à mêler un tiers de grains de seigle à deux tiers de grains de froment, et à passer ce mélange trois fois au moins sous la meule, de manière à conserver tout le son qui en sort, et à le faire arriver à un degré de division suffisant. Le pain fabriqué avec cette farine non blutée est brun, mais il est bien levé et a bon goût. Il est des personnes qui le préfèrent au pain ordinaire, beaucoup moins sapide.

Dr SAUCEROTTE père.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Allaitement (*Utilité de l'*) *pour la femme récemment accouchée*. Tandis qu'on se préoccupe avec raison des accidents qui résultent pour l'enfant de n'être pas nourri au sein, l'on ne s'attache pas assez sérieusement à l'étude des accidents immédiats qui résultent pour la femme de ne pas satisfaire à la loi naturelle de l'allaitement. Un premier inconvénient, c'est celui du développement exagéré de la fièvre de lait. Cette fièvre, dans l'état physiologique, a pour but la mise en jeu de la sécrétion laiteuse, et disparaît promptement si l'allaitement a lieu; mais si cette fonction est contrariée, il peut en résulter des accidents plus ou moins graves et la fièvre puerpérale. Tout cela est vrai; mais s'ensuit-il, comme le dit M. Duclos, que l'absence d'allaitement entraîne avec elle une série de phénomènes morbides qui se rapprochent de ceux que l'on observe dans la chlorose, phénomènes dont la durée est variable et dont la crise est le retour de l'activité fonctionnelle des ovaires et de la matrice ? Sur ce point, nous ne pouvons être d'accord avec M. Duclos ; ces espèces de chloroses nous paraissent tenir soit à des pertes de sang, soit à des imprudences, qui ont pour conséquence des affections utérines : encore moins admettons-nous que le remède à la chlorose puerpérale se trouve dans l'allaitement lui-même ou bien dans le retour de l'activité fonctionnelle des ovaires et de la matrice; l'allaitement nous paraissant très-propre à augmenter la chlorose, tend à la produire dans certains cas. Sans doute, par cela même qu'une femme a une constitution délicate, ce n'est pas une raison, s'il n'y a pas de vice patho-

gique, pour que l'allaitement, bien dirigé, ait une influence fâcheuse. Mais M. Duclos paraît oublier combien les exigences du monde et des affaires mettent souvent obstacle à l'allaitement dans les grandes villes, et il ne suffit pas d'indiquer aux femmes l'utilité de l'allaitement, il faut encore que cet allaitement soit possible, ce qui n'est pas dans un tiers et peut-être même dans la moitié des cas. (*Revue Thérap. du Midi.*)

Choléra (*Formule de pilules contre la diarrhée et le*). Nous trouvons, dans une brochure publiée à Naples sur le choléra, par le docteur Bruno, une formule de pilules qui nous paraissent susceptibles de rendre quelques services dans le choléra, et surtout dans la diarrhée qui le précède :

Pr. Sous-nitrate de bismuth.	4.80
Opium pur...............	0.20
Nitrate d'argent fondu ou cristallisé............	0.075
Extrait de belladone.....	0.10
Extrait de chiendent.....	q.s.

Pour douze pilules. — On mélange d'abord l'extrait de belladone, l'opium et le bismuth avec l'extrait de chiendent, puis on incorpore le nitrate d'argent, préalablement pulvérisé, en ayant bien soin de n'employer ni l'opium ni le bismuth à l'état humide.—La dose est d'une pilule toutes les heures ou toutes les demi-heures, suivant la gravité des accidents; on s'arrête dès qu'il y a une amélioration évidente, et on met entre les pilules un intervalle de trois à quatre heures. — Nous trouvons du reste dans cette brochure la confirmation des idées que nous avons soutenues dans ce journal, relativement à l'administration des boissons chez les cholériques. Les vomissements qui ont cessé spontanément, dit M. Bruno, reparaissent dès qu'on laisse le malade satisfaire aux exigences de la soif; mais il y a plus, c'est que la soif, loin d'être calmée ou éteinte par l'eau froide, reparaît avec une nouvelle intensité dès que le liquide a abandonné la bouche. C'est donc être coupable que de céder aux désirs des malades et de leur donner de l'eau à discrétion, non-seulement parce que cette administration est sans aucune utilité, mais encore et surtout parce que assez souvent des améliorations très-prononcées se trouvent compromises par le fait de cette administration pure et simple de l'eau en grande quantité.

Coqueluche (*Emploi de l'arnica montana contre la*). L'influence incontestable exercée par l'*arnica montana* sur le système nerveux permet de comprendre comment cette substance a pu être employée contre la coqueluche. Aussi dans les derniers temps, M. le docteur Gentil, d'Amorbach, rapporte que pendant une épidémie de coqueluche, dans laquelle tous les moyens vantés comme spécifiques ne produisaient généralement pas de résultat favorable, la racine d'*arnica montana* seule lui a rendu des services, à la dose de 2 à 4 gram. pour une décoction, à ramener à 120 gram. de colature; cette dose devant être prise dans la journée. Nous pensons avec M. Gentil que ce moyen mériterait d'être expérimenté plus largement. (*Aerizliches intelligenz Blatt.*)

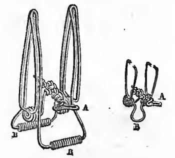
Chloroforme (*Nouveau mode d'administration du*). Ce qui distingue ce nouveau mode d'administration du chloroforme c'est que son auteur, M. Moreau Nicolas, cherche à conserver toute leur étendue aux phénomènes physiques de la respiration, qu'il exécute par des pressions alternatives sur le ventre et sur le thorax, en même temps qu'il fait exhaler les vapeurs du chloroforme, pressions, suivant lui, indispensables chez beaucoup de malades pour les forcer à respirer régulièrement et les empêcher de faire des mouvements de déglutition qui entravent le cours de l'inhalation. Autrement dit, M. Moreau-Nicolas propose de pratiquer la respiration artificielle pendant les inhalations. Ce mode de procéder, qui agirait plus promptement qu'on ne le fait généralement aurait encore, suivant lui, l'immense avantage de rendre l'action de cet agent anesthésique complétement inoffensif, quelque prolongée que soit la durée de l'administration. Nous reconnaissons toute l'importance qu'il peut y avoir à exercer sur le ventre et le thorax des pressions propres à faciliter et même à forcer les mouvements de la respiration chez les personnes qui éprouvent une sorte d'essoufflement aux premiers effets du chloroforme, qui respirent mal, qui exécutent des mouvements de déglutition, au lieu de faire des mouvements d'inspiration et d'expiration ; mais une pareille pratique nous paraît tout à fait inutile et même assez désagréable pour les malades qui respirent bien et avec intelligence. En dehors de cette considération, nous ne pouvons admettre, par conséquent,

que le procédé de M. Moreau-Nicolas donne aux chirurgiens des garanties que les autres modes d'inhalation leur refusent. Sur quoi se fonde, en effet, M. Moreau-Nicolas pour accorder à son procédé un brevet d'inoffensivité complète ? Sur ce que, pendant son externat dans les hôpitaux, il n'a eu ni sujet de crainte ni accidents à déplorer, bien que dans ces quatre années il ait soumis aux inhalations anesthésiques un nombre considérable d'individus d'après son procédé. Malheureusement pour ce raisonnement, il ne repose que sur des preuves négatives, et quelque nombreuses que puissent être des preuves de ce genre, elles n'équivalent jamais à une démonstration. N'est-il pas vrai, d'ailleurs, que dans certains services des hôpitaux, dans celui de M. Velpeau, par exemple, il n'est jamais survenu l'ombre d'un accident, bien que le savant chirurgien de la Charité ne se soit pas fait faute de recourir au chloroforme dans un nombre immense de circonstances. M. Velpeau pourrait donc prétendre à son tour que son procédé d'inhalation est le meilleur, le plus inoffensif et le plus parfait de tous ceux connus. Quoi qu'en dise M. Moreau-Nicolas, la question de la gravité des inhalations anesthésiques est bien moins dans le procédé d'inhalation que dans l'imprudence avec laquelle cet agent est manié par des mains trop souvent distraites ou inexpérimentées. (*Union médicale*, février.)

Coxalgie hystérique (*Obs. de*). Sous le nom d'affection hystérique de la hanche, Brodie a décrit une maladie particulière, qu'il dit n'être pas très-rare et exister chez les quatre cinquième des femmes du monde, qui souffrent de douleurs articulaires. M. Verhaegh, d'Ostende, paraît avoir observé un exemple de cette espèce de coxalgie chez un jeune homme de quinze à seize ans, très-bien développé pour son âge, et sujet à des attaques de chorée. A l'âge de onze ans, il avait offert les premières atteintes de chorée, mais cette attaque avait été légère, et n'avait duré que trois mois : seconde attaque à l'âge de treize ans et troisième à l'âge de quinze ans; celle-ci avait duré deux mois, et les symptômes choréiques avaient été fort prononcés. A la même époque, le jeune homme avait eu de temps en temps des accès nerveux passagers, caractérisés par des mouvements convulsifs avec perte de connaissance, se terminant généralement par des pleurs ou par des rires immodérés. Pendant son séjour à Ostende, douleurs à la hanche gauche, accompagnées de claudication très-prononcée. Au bout de plusieurs jours, notre confrère fut appelé : la marche était difficile et réclamait l'appui d'un bras ou d'une canne. Le malade fauchait en marchant ; tout le membre gauche était roide; mais on parvenait cependant à fléchir les diverses articulations après quelques efforts lents et gradués. Il n'y avait, du reste, ni allongement ni raccourcissement du membre; la distance du trochanter à l'épine iliaque antérieure et supérieure était égale à celle du côté sain ; les plis des fesses étaient aussi sur la même ligne; la fesse n'était ni aplatie ni tuméfiée; le bassin n'était pas incliné. Les mouvements imprimés à l'articulation n'étaient pas douloureux; mais il n'en était pas de même lorsqu'on la soumettait à la pression. La région trochantérienne surtout paraissait très-douloureuse; car à peine le doigt y avait-il exercé une légère pression, que le malade accusa une vive douleur et tomba dans un accès nerveux caractérisé par les symptômes suivants : mouvements convulsifs des membres et des muscles du tronc, respiration bruyante, larynx saillant avec gonflement du cou; contractions convulsives incessantes des paupières, les autres muscles de la face restant en repos; pas d'écume à la bouche. Par moments les mouvements convulsifs cessaient et les membres devenaient d'une roideur tétanique; dans ces agitations, le malade, couché sur le dos, faisait un mouvement brusque de tout le corps, et d'un seul bond se couchait sur le ventre. Mouvements de hoquet bruyants ; quelques paroles inintelligibles, ou plutôt une sorte de balbutiement; enfin, au bout de trois à quatre minutes, l'accès finit par des pleurs assez abondants. Pendant tout ce temps le pouls resta calme; le malade s'habilla aussitôt et put mouvoir la jambe malade ; une demi-heure après, il se promenait sans boiter. Après quelques jours, les douleurs articulaires et la claudication se sont reproduites; mais sans y rien faire, elles ont cessé et le malade a pu prendre les bains de mer, conservant de temps en temps ses accès hystériques. Depuis son retour dans sa famille, ce jeune homme ne souffre plus de ces phénomènes nerveux. (*Ann. de la Soc. médic. de Bruges.*)

Fistules dentaires (*Nécessité de l'extraction de la dent malade dans les*). Parmi les fistules d'origine dentaire, les unes peuvent se trouver dans l'intérieur de la bouche, sur les divers points de l'étendue des gencives et de la membrane palatine ; les autres aboutissent au dehors, à la face externe de la joue. Ces dernières sont les plus importantes, parce qu'elles donnent lieu à des cicatrices difformes, si on ne leur oppose pas un traitement convenable, c'est-à-dire si on n'enlève pas promptement le chicot qui les entretient. Les fistules dentaires de la joue sont ordinairement précédées d'odontalgie et de tuméfaction inflammatoire des parties molles environnantes. Il se forme alors une tumeur qui se développe de l'intérieur vers l'extérieur. D'abord mal circonscrite, cette tumeur prend des limites en se développant, se ramollit et se convertit en abcès, dont l'ouverture spontanée ou artificielle reste fistuleuse et donne issue à un pus séreux. Quand la fistule est récente, il existe à la joue un ou plusieurs trous sur une partie de peau décollée et plus ou moins enflammée, d'où s'échappe un ichor séreux, qui se dessèche par le contact de l'air et forme une croûte sous laquelle la nouvelle matière s'accumule. Le stylet qu'on introduit dans la fistule peut ne rencontrer que des parties molles, ou bien tomber sur quelque partie osseuse, ou bien encore pénétrer dans l'intérieur de la bouche. Quand elle est ancienne, la peau peut tomber en déliquium, et il se forme alors un ulcère large qui, en se cicatrisant, prend la forme d'un entonnoir d'autant plus prononcé que le tissu cellulaire interstitiel a été plus abondant. Au centre de cet entonnoir, on voit alors une ouverture qui se trouve au centre d'un ulcère ou sur le sommet d'un petit mamelon. L'examen de la bouche fait découvrir ordinairement une ou plusieurs dents cariées, correspondant au trajet fistulaire. Cependant les douleurs de dents et l'érosion de leurs parties visibles peuvent manquer. Dans ces cas, en percutant avec un stylet métallique les dents qui se trouvent dans le voisinage de la fistule, on éveille encore de la sensibilité dans la dent malade, ou bien la couleur de la dent indique celle qui est malade. Si cela ne réussissait pas, on pourrait encore, comme l'a conseillé M. Pagello, et comme nous l'avons rappelé dernièrement, faire des injections dans le trajet fistulaire avec une décoction de garance, afin de produire la coloration de la dent malade. Pour prévenir la formation des fistules de la joue, il faut, quand un phlegmon se développe à la suite d'une carie de dents, conseiller l'arrachement de celles-ci; quand l'abcès est déjà formé, tout en pratiquant la même opération, tâcher de l'ouvrir par la bouche ; si la peau de la bouche est déjà lisse, tendue et menace de s'ouvrir, donner issue au pus par une petite ponction, pour prévenir le décollement ultérieur de la peau et éviter les cicatrices difformes. Quand la fistule existe, la même opération est nécessaire, car tous les topiques et toutes les autres médications restent inutiles, tandis que l'évulsion de la dent guérit la fistule en peu de jours. Lorsque la fistule est ancienne et que son ouverture est étendue, il peut être nécessaire de cautériser les bords avec le nitrate d'argent. M. le docteur Giebens, auquel nous empruntons les considérations qui précèdent, donne ensuite deux observations qui témoignent de la nécessité de l'extraction de la dent malade dans les cas de ce genre. (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, sept. et oct.)

Pinces *à pression graduée, comme moyen de réunion des plaies*. Dans notre dernier numéro, nous avons placé sous les yeux de nos lecteurs les modèles de compresseurs que M. Duval, chirurgien en chef de la marine, avait fait présenter à l'Académie; nous publions aujourd'hui les dessins des pinces unissantes que ce chirurgien propose comme nouveau moyen de réunion des solutions de continuité. Ces instruments ressemblent en tout



point à des serres-fines doubles, excepté le plus grand modèle, dont les mors sont mousses; ils sont construits sur le même principe que les compresseurs, c'est-à-dire que les deux branches sont réunies par une tige

transversale munie d'un trou dans lequel s'engage une vis A, qui, comme dans les compresseurs, permet d'augmenter la force de constriction des mors de la pince. BB représentent l'extrémité du levier sur lequel on presse pour enlever l'instrument. Cette dimension donnée aux mors dans le grand modèle a permis à M. Duval de les employer à la réunion immédiate, sinon totale, au moins partielle, de toutes les plaies dont les lèvres offrent une certaine longueur ou laxité, les amputations, par exemple; elles empêchent ces lèvres de se rouler en dedans, les maintiennent affrontées, non-seulement en largeur, mais en hauteur, et s'opposent ainsi, dit-il, à l'ascension de la peau. Parmi les cas les plus importants dans lesquels les pinces unissantes ont été mises en usage, M. Duval cite treize amputations de membres, dont quatre de la cuisse. Enfin, les pinces à *pression graduée* ont été utilisées pour arrêter certaines hémorrhagies rebelles dans des cas de plaies contuses. Cette modification ingénieuse apportée à l'instrument de M. Vidal (car les pinces unissantes ne sont que cela en définitive) vient étendre la sphère d'intervention des serres-fines. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*)

Pourriture d'hôpital (*Emploi des cataplasmes vineux contre la*). Ces cataplasmes, dont M. Payan, d'Aix, recommande l'emploi dans la pourriture d'hôpital, sont préparés de la manière suivante. Du pain commun est déposé dans un poêlon, et par-dessus on verse du vin ordinaire. Quand le pain est bien imbibé de ce liquide, on expose le poêlon au feu pour faire bouillir le mélange pendant quelques instants. On agite alors avec la spatule pour faire une sorte de pâte. Deux cataplasmes par jour suffisent. On doit continuer leur application jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète. M. Payan rapporte dix cas à l'appui de l'emploi de ces cataplasmes, qu'il avait déjà mis en usage autrefois dans les vieux ulcères. Sept de ces malades étaient des militaires arrivant de Crimée; le huitième était porteur d'une large brûlure du dos; ils étaient généralement pansés avec le styrax et l'on cautérisait leurs plaies de temps en temps avec l'acide chlorhydique; aucune amélioration n'avait été obtenue. M. Payan fit appliquer des cataplasmes vineux à nu sur les plaies, matin et soir, et dès le lendemain les malades déclarèrent se trouver mieux. Le jour suivant, on voyait de l'amélioration dans les plaies, qui tendaient à se débarrasser de l'enduit sanieux et putride qui les recouvrait. Des points d'un rouge vif y apparaissaient çà et là. En même temps, l'appétit se réveillait et on put augmenter leur ration. Bref, quelques jours suffirent pour que ces quatre malades fussent en voie de guérison. Et la preuve, ajoute M. Payan, c'est que les quatre autres malades, sur lesquels on avait continué d'employer les médicaments généralement mis en usage dans cette affection, étaient dans un état tout à fait stationnaire et toujours très-fâcheux. On crut donc pouvoir recourir chez eux aussi aux cataplasmes vineux, et l'amélioration qui s'était manifestée chez les premiers ne tarda pas à se montrer également chez ceux-ci. Bientôt toutes les plaies provenant d'éclats d'obus ou de bombes et balles, etc., furent réduites à l'état de plaies simples et marchèrent vers la guérison. Enfin, chez deux autres sujets les cataplasmes vineux furent appliqués dès le début de la gangrène, et cette terrible complication fut immédiatement arrêtée par cette seule médication. (*Journ. de méd. de Brux.*, fév.)

Surdité (*Emploi d'une membrane du tympan artificielle dans certains cas de*). Nos lecteurs se rappellent probablement que, il y a quelques années, M. Yearsley a proposé de remplacer la membrane tympanique, perforée ou absente, par une parcelle de coton imbibée d'une substance onctueuse, comme de la glycérine, puis introduite et laissée dans le conduit auditif. Beaucoup de surdités sont, en effet, soulagées par ce moyen d'une exécution à la portée de tous, mais qui demande à être renouvelé très-fréquemment; d'un autre côté, le coton est loin de constituer un corps susceptible d'entrer en vibration; sous ce rapport, il ne peut absolument pas remplacer la membrane du tympan. M. Westropp avait imaginé de remédier à ce défaut en mettant au fond du conduit auditif un petit disque très-mince de caoutchouc ou de gutta-percha; mais l'application qu'il essaya chez quelques malades de cette sorte de membrane artificielle ne réalisa pas ses espérances. Le tympan artificiel de M. Toynbee, composé de deux cercles métalliques entre lesquels est une lame de caoutchouc qui déborde en dehors le disque métallique, n'a pas mieux réussi. M. Westropp propose aujour-

d'hui de remplacer tous ces moyens par une espèce de moule du conduit auditif en gutta-percha, que l'on introduit après l'avoir préparé de la manière suivante : M. Westropp façonne d'abord, en bois dur, un modèle du conduit auditif ; puis il le recouvre, après l'avoir huilé, d'une solution de gutta-percha dans le chloroforme. Après avoir laissé sécher cette première couche, il en applique une seconde, et de même cinq ou six successivement. L'une des extrémités est également recouverte de cette matière solidifiable, laquelle, après l'extraction du modèle, forme un petit tube fermé par un bout, incapable de causer de l'irritation, de texture éminemment vibratile et reproduisant, avec toute la perfection voulue, la capacité, la direction, la longueur du conduit auditif, ainsi que de la membrane tympanique. (*Med. Tim. and. Gaz.*, 1855.)

Tumeur blanche *du coude* (*Méthode particulière pour obtenir rapidement l'ankylose dans le cas de*). Tel est le danger attaché par la plupart des chirurgiens à l'ouverture des cavités articulaires, que nous ne pouvons donner sans une grande réserve la méthode indiquée par M. Gay comme moyen d'obtenir l'ankylose dans les tumeurs blanches du coude. Cette méthode consiste en effet à ouvrir largement l'articulation par une incision pratiquée le long de son bord externe, à panser à plat avec de la charpie l'articulation ouverte pour y provoquer une inflammation, et celle-ci une fois calmée, à maintenir l'avant-bras dans la demi-flexion pour faciliter l'ankylose dans cette situation. C'est à tort, en effet, d'après M. Gay, qu'on se préoccupe de l'ouverture des articulations, lorsqu'il y a déjà altération profonde des surfaces articulaires ; cette ouverture est presque sans danger. D'un autre côté, il faut nécessairement, pour amener l'ankylose, que les cartilages se détachent, et l'ouverture de l'articulation, par le travail de suppuration qu'elle détermine, est bien propre à favoriser leur élimination. Enfin cette incision convertit l'articulation malade en une plaie qui se couvre de bourgeons charnus et de bonne nature, tandis que cette conversion n'eût pas eu lieu, l'articulation restant fermée. M. Gay paraît avoir obtenu d'assez bons résultats dans les cas de ce genre, et nous avons sous les yeux trois faits de succès, dont l'un est relatif à un malade qui entra à l'hôpital avec une maladie du coude qui remontait à quatre années environ. Il avait eu d'abord de la roideur dans l'articulation, et à la suite un abcès à la partie postérieure de l'avant-bras, à deux pouces du coude ; après deux mois, la plaie s'était fermée. Mais, quatre mois avant son entrée à l'hôpital, l'articulation s'était gonflée et était devenue très-douloureuse au moindre mouvement ; un abcès s'était également formé en dehors du bras, à deux pouces du coude. L'articulation était gonflée, très-douloureuse, et les mouvements communiqués aux surfaces articulaires donnaient lieu à des craquements rudes, indices de la destruction des cartilages. La santé du malade était très-mauvaise et il avait même été question d'amputation. M. Gay crut pouvoir réussir avec la méthode indiquée plus haut ; il fit une incision de 2 pouces et demi en dehors de l'articulation et pénétrant dans celle-ci. Issue d'une grande quantité de pus ; surfaces articulaires de l'humérus et du cubitus rugueuses et dénudées. Pansement à plat avec la charpie et bandage sur l'avant-bras. La fièvre fut très-légère ; la suppuration ne dura qu'une semaine, puis elle diminua considérablement ; la fièvre tomba et l'articulation commença à devenir roide. (Pansement avec l'eau froide, bon régime, toniques à l'intérieur, bandage convenable.) Le volume de l'articulation diminua, elle prit de plus en plus de roideur, et au bout de trois semaines l'ankylose était parfaite. Il restait deux trajets fistuleux, qui guérirent après avoir été largement ouverts.

M. Gay dit avoir employé cette méthode pour d'autres articulations, au poignet, par exemple ; mais nous nous demandons pourquoi, lorsqu'il ouvre l'articulation, il ne pratique pas la résection des surfaces articulaires, résection qui donnerait au moins au malade la chance de conserver des mouvements dans la partie réséquée, tandis que l'ankylose, si parfaite qu'elle soit, le prive à jamais de l'usage de son membre. (*The Lancet*, 1855.)

VARIETÉS.

COMPTE RENDU DE L'EXPOSITION DE L'INDUSTRIE. — ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL. — APPAREIL VOLTA-FARADIQUE DU DOCTEUR DUCHENNE, DE BOULOGNE.

Parmi les divers appareils d'électricité d'induction créés récemment, aucun ne peut rivaliser encore avec celui de M. Duchenne, de Boulogne. Nous avons eu déjà l'occasion de le décrire dans nos articles sur les applications de l'électricité à la thérapeutique (*Bulletin de Thérapeutique*, tome LXIII, p. 491) ; mais les heureuses améliorations qu'il a subies nous engagent à y revenir de nouveau. Comme le modèle qu'a exposé M. Charrière est un appareil construit spécialement en vue de démontrer certains phénomènes d'induction nouveaux ou contestés, nous avons cru ne pouvoir mieux faire que de réclamer une note de notre confrère sur ces faits importants. Voici cette note :

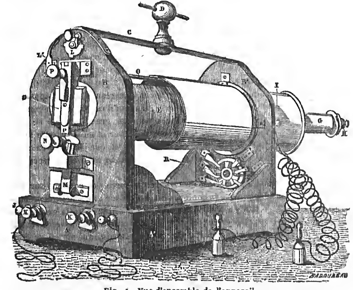


Fig. 1. Vue d'ensemble de l'appareil.

« Le nouvel appareil (fig. 1) se compose, comme le précédent, d'un faisceau de fils de fer doux, d'un premier fil de cuivre isolé par de la soie, dont les spires recouvrent le fer doux et dans lequel se produit le courant dit de premier ordre, puis d'un second fil de cuivre plus fin, également recouvert par de la soie et immédiatement enroulé sur le précédent (il fournit le courant de deuxième ordre) ; d'un tube extérieur métallique recouvrant les hélices, appelé graduateur extérieur ; d'un trembleur et d'une roue dentée destinés à produire plus ou moins rapidement les intermittences des courants ; d'une pile plate enfermée dans un tiroir qui peut fournir le courant voltaïque initial, générateur du courant faradique.

« Voici maintenant les modifications que j'ai faites à mon dernier appareil :



Fig. 2. Aimant temporaire.

« 1° Les fils de fer doux sont soudés entre eux et forment une masse solide

(fig. 2) terminés par une virole. — Cette disposition permet de fixer le faisceau de fils de fer au centre des hélices, ou de l'enfoncer plus ou moins dans l'intérieur de ces dernières, et, en conséquence, d'étudier séparément les phénomènes de l'induction du premier et du second ordre, produits seulement par l'influence mutuelle des spires et ceux qui résultent de l'influence magnétique du fer doux central.— Elle facilite aussi d'autres études sur lesquelles je reviendrai bientôt.

« 2° Les fils des hélices ont plus de longueur, de manière à donner aux deux courants une force considérable.

« Dans les précédents appareils, le courant de premier ordre était infiniment plus faible que le courant de deuxième ordre, parce que je ne l'appliquais qu'aux paralysies musculaires de la face, en raison de son peu d'action sur la rétine. Mais comme il résulte de récentes recherches, que je ferai connaître prochainement, que le courant de premier ordre agit sur la sensibilité et sur la contractilité des muscles d'une manière plus spéciale que le courant de deuxième ordre, j'ai donné au premier au moins autant de force qu'au second. En un mot, j'applique, en général, le courant de premier ordre de cet appareil aux paralysies ou aux atrophies musculaires, tandis que le courant de deuxième ordre est spécialement destiné à l'excitation de la sensibilité de la peau ou de la rétine.

« 3° On voit sur cet appareil le tube métallique extérieur (E, fig. 1) que j'ai employé depuis longtemps à la graduation. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, ce graduateur extérieur ne dépouille pas entièrement. Il en résulte que cet appareil, qui est d'une puissance énorme, possède encore, alors qu'il est placé au minimum par le tube extérieur, beaucoup trop de force pour un grand nombre de cas, et cette force ne peut être graduée. C'est pour diminuer et mesurer cette force que j'ai adopté un tube intérieur (G fig. 1, tube de Dove), que j'enfonce entre le faisceau du fer doux et l'hélice interne, quand mon tube extérieur a recouvert l'hélice externe.

« Cette double graduation permet de mesurer la force des courants sur une échelle une fois plus longue que la bobine, c'est-à-dire sur une échelle de trente-quatre centimètres. — Il n'y a aucune comparaison possible entre la graduation obtenue par les tubes métalliques et celle qui est faite par un tube de verre rempli d'eau, dont on fait traverser une couche plus ou moins épaisse au courant que l'on dirige sur les organes. Je ne reviendrai pas ici sur les raisons que j'ai longuement exposées ailleurs et qui démontrent que ce tube est un mauvais graduateur, inapplicable au point de vue médical, surtout à la faradisation localisée; mais j'ajouterai qu'il ressort de mes nouvelles recherches que l'eau oppose infiniment plus de résistance au courant de premier ordre qu'au courant de deuxième ordre, ce qui doit faire rejeter complétement le tube à eau comme moyen de doser les courants. (Je me réserve de revenir sur ce sujet.)

Le tube à eau me sert uniquement à rendre mon appareil plus ou moins sensible; en combinant son action avec celle des tubes métalliques, je puis mesurer sur une échelle de graduation d'une égale étendue des courants ou très-puissants ou infiniment affaiblis. Il était intéressant, au point de vue physique, de démontrer l'influence de l'action différentielle exercée par les courants, soit indépendamment du fer doux central, soit avec ce dernier; la possibilité de retirer ou de laisser à demeure le faisceau de fils de fer rend cette étude facile.

4° La bobine et le tube graduateur étaient cachés par une enveloppe en cuivre; ils sont à découvert sur le nouvel appareil, ce qui permet de bien voir que la diminution de la force des courants est en raison directe du recouvrement des hélices par les enveloppes métalliques.

5° Le trembleur o (fig. 1), a subi un perfectionnement sur cet appareil; il ne donnait jadis que des intermittences d'une extrême rapidité, tandis que maintenant, au moyen d'un mécanisme fort simple, en tournant de droite à gauche la vis N (fig. 1), je puis ralentir graduellement ces intermittences d'une rapidité incalculable, au point de n'avoir plus que trois ou quatre battements par seconde.

Pour obtenir des intermittences plus nettes et encore plus espacées, j'ai fait placer une roue dentée L (fig. 1), que l'on met en action après avoir arrêté le trembleur en tournant le bouton P de gauche à droite.

6° Cet appareil de démonstration porte aussi avec lui sa pile plate, dont les dispositions sont exactement les mêmes que dans l'autre appareil; mais ce n'est qu'exceptionnellement que l'on doit en faire usage, car les émanations nitreuses pourraient attaquer, à la longue, les différentes pièces, qui ne sont pas abritées comme dans l'appareil ordinaire.

— Deux boutons, ss (fig. 1), sont destinés à être mis en communication avec les pôles d'une pile (je me sers de préférence d'une batterie de Daniel, composée de six éléments), placée plus ou moins loin du cabinet où se trouve l'appareil de démonstration. Ces deux boutons se communiquent avec les vis KK (fig. 1), qu'il suffit de détourner de droite à gauche pour faire arriver le courant initial aux extrémités du fil de l'hélice inductrice. — Je dois dire qu'avec la pile plate les courants d'induction de cet appareil sont puissants, mais qu'ils sont d'une force énorme avec une batterie de Daniel.

7° Une des modifications les plus importantes que j'aie fait subir à mon appareil de démonstration, c'est l'application d'un commutateur R (fig. 1), destiné à faire arriver à volonté aux boutons CC (fig. 3), ou le courant de premier ordre ou celui de second ordre. Autrefois, chacun de ces courants arrivaient à des boutons spéciaux (les boutons inférieurs recevaient le premier ordre, les supérieurs le second ordre). Il en résultait qu'il fallait déranger les conducteurs toutes les fois qu'on voulait passer d'un courant à un autre. Maintenant, en tournant la vis G (fig. 3) de droite à gauche, on obtient le courant de premier ordre, tandis que le mouvement de cette vis en sens contraire fait arriver le courant de deuxième ordre sans que l'on ait à déplacer les conducteurs FF (fig. 3), fixés aux boutons CC.

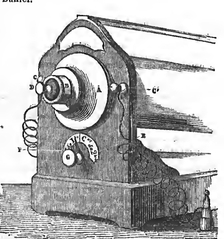


Fig. 3. Face antérieure de l'appareil.

Les nouvelles modifications sont d'une telle importance, au point de vue pratique, que je les fais maintenant appliquer en général aux appareils ordinaires.

En fait d'institutions nouvelles capables d'exciter l'émulation des élèves, il semblait que le décanat n'eût plus rien à créer. Notre excellent doyen a trouvé cependant moyen d'innover encore, et vient d'instituer une Saint-Charlemagne médicale. M. Paul Dubois appelle à ses banquets les lauréats de la Faculté et les élèves qui obtiennent dans leurs examens la note *extrêmement satisfait*. Pour mieux faire comprendre la pensée de l'honorable professeur, nous publions le passage suivant de l'un de ses discours :

« Cette fête de famille, a dit M. Dubois, est sans précédents dans notre Ecole, mais elle ne l'est pas dans l'instruction publique. Lorsque j'étais un jeune écolier, je me rappelle que le jour de la Saint-Charlemagne réunissait dans un banquet modeste et tout paternel les maîtres et ceux de leurs élèves qui avaient obtenu les premières places dans le cours de l'année. Là venaient s'oublier, dans une confiance et une joie communes, les griefs et les sévérités parfois nécessaires des professeurs, les espiégleries et les rancunes innocentes et séculaires des écoliers. Le maître devenait protecteur et ami, l'élève, plus juste, devenait reconnaissant et docile. Plus tard, le renouvellement de ces réunions salutaires fortifiait les bienveillantes dispositions que les premières avaient créées. J'ai conservé de ces fêtes un touchant et presque un pieux souvenir, et j'ai souvent pensé qu'une Saint-Charlemagne qui réunirait et confondrait dans une estime et une affection mutuelles des maîtres et des élèves qui vivent rapprochés par le devoir, mais qui restent isolés au point de vue des sentiments, j'ai pensé, dis-je, que cette Saint-Charlemagne prendrait heureusement sa place parmi les récompenses, les encouragements, les doux et joyeux souvenirs de la scolarité médicale. Cette pensée, mes bons amis, nous la réalisons en ce moment. Maintenant vous avez eu l'honneur d'être placés par vos maîtres au nombre des élèves les plus distingués de la première école du monde. N'oubliez pas que cet honneur oblige et qu'il vous sera désormais défendu de déchoir, et dans l'espoir qu'il en sera ainsi, nous buvons, mes honorables collègues et moi, à vos succès futurs dans le cours de vos études médicales, et, plus tard, dans l'exercice de la noble profession à laquelle vous vous destinez. »

Nous n'avons pas besoin de dire avec quel enthousiasme a été accueillie la généreuse initiative de M. Paul Dubois. Soixante élèves ont eu l'honneur de s'asseoir aux deux premiers banquets donnés, et nous regrettons que l'espace ne nous permette pas d'en citer les noms.

Nous sommes autorisés à déclarer, dit la Gazette hebdomadaire, que, contrairement aux assertions d'un journal anglais, aucun accoucheur étranger n'a été consulté par S. M. l'Impératrice, à l'occasion de sa grossesse, ni appelé à lui prêter assistance pendant ses couches prochaines.

La chaire d'opération et d'appareil, vacante à la Faculté de Montpellier, suscite déjà, dit la Revue thérapeutique du Midi, de nombreuses ambitions. Parmi ces candidatures, on nous signale celle de MM. Serre, d'Alais, Goffres, médecin principal des armées, Rigaud, professeur à Strasbourg, Quissac, professeur agrégé à Montpellier.

Par suite de la nouvelle organisation de l'agrégation, un concours devra être ouvert, à la fin de l'année, pour quatre places d'agrégés stagiaires à la Faculté de médecine de Strasbourg. Les agrégés dont le temps d'exercice expirera seront sans doute continués dans leurs fonctions jusqu'à ce que le nombre des agrégés en exercice soit porté à quatorze, chiffre fixé par le nouvel arrêté.

L'Académie de médecine vient de perdre plusieurs de ses membres. Un membre titulaire, M. Bonastre, qui appartenait à la section d'histoire naturelle médicale et deux correspondants. M. Petit, médecin inspecteur des eaux de Vichy, et M. Richond des Brus, médecin-inspecteur des eaux de Néris.

Des soixante-dix membres nommés en 1820, lors de la fondation de l'Académie, la savante compagnie ne compte plus que deux survivants, le vénérable M. Duméril et M. Boulay, de la section de pharmacie.

Le concours pour la place de prosecteur de la Faculté s'est terminé par la nomination de M. N. Trélat.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du valérianate d'atropine dans le traitement de l'épilepsie.

Par M. le docteur Michéa, lauréat de l'Académie impériale de médecine.

Si le pronostic de l'épilepsie est avec raison regardé comme toujours grave, est-il aussi légitime d'admettre, avec la majorité des auteurs contemporains, que cette maladie est presque toujours au-dessus des ressources de l'art? Cette question mérite de fixer d'une manière toute spéciale l'attention des praticiens. Mais, avant de chercher à démontrer que l'épilepsie est plus souvent curable qu'on ne le croit généralement, il n'est pas indifférent de savoir préalablement si cette affection est ou non susceptible de guérir d'une manière spontanée.

Sans prétendre nier que dans certains cas, quand il se manifeste avant l'âge de puberté, le mal caduc ne puisse céder parfois aux seuls efforts de la nature, il me semble impossible d'appuyer sur des fondements solides cette opinion, en tant du moins que proposition générale. Et en effet, comme l'a dit Portal avec tant de justesse, si à cette époque de l'existence l'épilepsie cesse parfois, d'autres fois, au contraire, elle survient pour durer longtemps, le plus souvent toute la vie; et chez quelques individus les accès reviennent même aux approches de la puberté plus fréquents et plus violents qu'ils n'avaient jamais été. (De l'Épilepsie, Paris, 1827, p. 346 et suiv.)

Comment admettre qu'une affection si profondément soumise aux lois de l'habitude, c'est-à-dire qui tend d'autant plus à se perpétuer et à s'aggraver qu'elle s'éloigne davantage de l'époque de son début, puisse céder facilement aux seuls efforts de la nature!

Presque tout ce que les auteurs ont écrit jusqu'à présent sur les bases du pronostic de l'épilepsie ne doit inspirer que doute et réserve, attendu que leurs assertions reposent sur des données très-vagues et le plus ordinairement contradictoires.

Quand on peut avoir sinon la certitude du moins la probabilité que l'épilepsie est d'essence purement dynamique, quand son début ne remonte pas à une époque bien éloignée et que le nombre des attaques est encore peu considérable, enfin quand les facultés intellectuelles et morales sont intactes ou à peu près, il y a toujours des chances de curabilité, et même les bonnes l'emportent sur les mauvaises. On ne doit désespérer de la guérison que quand l'épilepsie se rattache à une lésion organique de l'encéphale, quand son

début date de plus de cinq à dix années, et enfin quand elle se complique d'aliénation mentale. Encore, lorsqu'on ne parvient pas à guérir complétement cette maladie, on peut toujours produire de l'amélioration, éloigner les attaques, en amoindrir l'intensité, et souvent les transformer en simples vertiges et même en simples spasmes sans perte de connaissance.

De tous les moyens propres à combattre l'épilepsie, le traitement par la belladone est le plus en faveur aujourd'hui, et celui qui jouit de la vogue la mieux méritée. Cependant tous les expérimentateurs sont loin d'accorder à ce médicament la haute valeur que lui reconnaît celui qui l'a le plus vanté, M. Debreyne.

« Depuis plusieurs années, dit M. Delasiauve, nous n'avons cessé, dans la division des épileptiques de Bicêtre, d'expérimenter la belladone, et le seul succès probable a porté sur un sujet de trente ans, soumis à des accès quotidiens. Ce malade, dix mois après, n'avait pas éprouvé de rechutes; mais nous n'en avons plus entendu parler. Malgré la persévérance du traitement et la gradation croissante des doses, nous n'avons obtenu dans la généralité des cas que des suspensions, les unes assez restreintes, les autres plus prolongées... Sans nier, ajoute-t-il, que la belladone ait une action formelle, et peut-être même une efficacité supérieure à celle des autres substances analogues, ce médicament n'a pas eu dans nos applications les avantages qu'il a offerts à M. Debreyne. A quoi peut tenir cette différence? Serait-ce au mode de préparation, comme ce médecin le donne à penser?... Il est plus naturel de l'attribuer à la diversité des conditions offertes par les épileptiques en traitement. Ceux admis dans les hospices ayant, en général, épuisé au dehors tous les moyens thérapeutiques, sont nécessairement plus rebelles à l'influence des médications que les malades de la clientèle privée, dont, pour la plupart, l'affection peut être combattue au début. » (Traité de l'épilepsie, 1854, p. 369 et 370.)

Ce n'est pas d'aujourd'hui, du reste, qu'on discute la question si importante de la curabilité ou de l'incurabilité de l'épilepsie, et que des controverses très-vives se trouvent engagées sur ce point. Déjà dans le siècle dernier une discussion s'établit à cet égard entre deux praticiens suédois, Odhélius, médecin de l'hôpital de Stockholm, et Greding, médecin de l'hôpital de Waldheim. Sur 14 épileptiques, soumis au traitement par le datura stramonium, Odhélius affirmait en avoir guéri 8, c'est-à-dire plus de moitié (Mém. de l'Acad. de Stockholm, tome XI, p. 313), tandis que sur 28, auxquels il avait administré le même agent médicamenteux, Greding assurait n'en

avoir guéri que 2 (Ludwig, Advers. medic. pract., tome I, p. 259. Leips., 1778). Les arguments que ce dernier praticien faisait valoir pour contester la réalité des guérisons obtenues par Odhélius consistaient à dire qu'une partie des malades étant sortis trop tôt de l'hôpital, rien ne donnait la certitude que leur guérison fût radicale. Mais les raisons susceptibles d'être invoquées pour expliquer l'échec de Greding étaient bien autrement sérieuses que celles dont ce médecin se prévalait pour mettre en doute les succès d'Odhélius. En effet, la plupart des 28 épileptiques de Greding n'offraient plus aucune chance de guérison, car le début de la maladie remontait à une époque déjà fort éloignée, et dans près de moitié des cas les attaques n'étaient plus simples ; elles se trouvaient compliquées de désordres intellectuels. Sur ces 28 épileptiques, l'affection ne datait que d'un an chez 2 seulement ; elle datait de trois à cinq ans chez 5 ; de cinq à dix ans chez 9 ; de dix à quinze ans chez 12 ; de quinze à vingt ans chez 4 ; de vingt à trente ans chez 9 ; enfin chez 11 il y avait complication d'aliénation mentale.

M. Delasiauve, qui avoue avec une franchise si honorable que sa qualité de médecin d'hospice peut expliquer l'insuccès qu'il a obtenu de la belladone à Bicêtre, attendu que dans les hospices on n'expérimente que sur des sujets dont l'épilepsie est ancienne, qui ont épuisé préalablement au dehors une foule de moyens thérapeutiques, par conséquent sur des sujets incurables ; M. Delasiauve, dis-je, aurait dû ajouter que dans les hospices, quand il s'agit de maladies chroniques, le médecin n'est presque jamais sûr que le traitement prescrit par lui a été fidèlement exécuté. En effet, combien de malades, soit par incurie, soit par toute autre raison, prennent incomplétement et avec inexactitude, et même souvent ne prennent pas du tout les médicaments qu'on leur conseille ! Sous ce dernier rapport, comme sous le premier, l'expérimentation en ville a un immense avantage sur l'expérimentation dans les hospices. Si cette assertion avait besoin de preuves, je pourrais comparer à la rigueur la statistique de M. le professeur Trousseau avec celle de M. Delasiauve. Car, tandis que, à Bicêtre, ce dernier médecin ne signale qu'un *seul cas* de guérison sur les nombreux épileptiques auxquels il a administré la belladone, M. le professeur Trousseau, sur 150 épileptiques traités par lui depuis douze ans dans sa clientèle privée, tant à Paris que dans les départements, en a guéri 20 au moyen de la belladone, c'est-à-dire à peu près *un* sur *sept* (Leçons cliniques sur l'épilepsie, faites à l'Hôtel-Dieu, rédigées et publiées par M. Legrand du Saulle, Paris, 1855).

Une autre raison qui explique aussi les insuccès de M. Delasiauve, raison non moins capitale que les autres, et dont pourtant il n'a tenu aucun compte, c'est l'infidélité et la variabilité extrêmes des préparations de belladone administrée en substance. On peut se faire aisément une idée de cette variabilité et de cette inconstance des solanées. On sait, en effet, que dans ses expériences sur le datura stramonium, Greding avait déjà fait remarquer, vers la fin du dernier siècle, que l'extrait de cette solanée, qui lui avait été envoyé de Vienne par Stork, différait considérablement de l'extrait qui lui avait été expédié de Leipsick par son compatriote Ludwig. 3 ou 4 grains de l'extrait de Leipsick produisaient autant d'effet que 18 ou 24 grains de celui de Vienne.

M. Debreyne, relativement à la belladone, a aussi fait remarquer la différence d'action qui existe entre l'extrait préparé à froid et l'extrait préparé à chaud; et c'était même à l'aide de cette différence d'action qu'il expliquait ses succès à la Trappe, et les revers ou les demi-succès de MM. Ferrus et Leuret à Bicêtre. Mais, indépendamment des modifications dans la *quantité* de leur principe actif, les diverses préparations de belladone en éprouvent aussi dans la *qualité* de ce principe.

On sait, depuis les intéressantes recherches de M. Norbert Gilles, que les feuilles de belladone, bien que renfermées dans des vases clos, se décomposent sous l'influence de l'état hygrométrique de l'air, et que leur principe actif, l'atropine, se convertit en ammoniaque.

Nous avons la conviction que M. le professeur Trousseau aurait guéri beaucoup plus de vingt malades sur cent cinquante, c'est-à-dire plus de *un* sur *sept*, si, au lieu de se servir de la poudre et de l'extrait de belladone, il eût pu employer sans danger son principe actif. Malheureusement, l'atropine, produit stable et toujours identique à lui-même, est un agent délicat à manier, surtout chez les jeunes sujets, en tant qu'elle devient éminemment toxique quand elle s'hydrate, fait dont on doit la connaissance à Brandes. Voilà pourquoi cet alcali végétal ne doit jamais être employé en médecine qu'à l'état de combinaison saline, et exclusivement à l'état de sel acide, suivant la formule que j'en ai donnée, car alors non-seulement il perd la plus grande partie de ses propriétés toxiques, mais il devient encore plus facilement absorbable. En combinant l'alcali végétal fourni par la belladone avec le principe actif qui provient d'une autre plante réputée aussi antispasmodique, l'acide valérianique, nous avons fait plus que d'annuler les effets toxiques de l'atropine, nous avons dou-

blé ses propriétés curatives, et cela en raison de la loi thérapeutique établie par Vaslisnieri et M. Bretonneau.

Mais il est temps de justifier par des faits l'importance que nous attachons à l'action de ce nouveau sel végétal qui, pour produire tous ses résultats salutaires et pour être administré sans inconvénients, demande toutefois à être pur, bien préparé et toujours, je le répète, à l'état de sel *acide*. Parmi ces faits, nous nous bornerons à rapporter les quatre suivants :

Obs. I. Mme G... a trente-deux ans, une constitution assez robuste et un tempérament nervoso-sanguin. Elle est issue d'une famille où il n'y a jamais eu d'épileptiques. Réglée à l'âge de quatorze ans et mariée à vingt-deux, elle n'avait jamais été malade jusqu'à cette dernière époque. Mère de quatre enfants, elle eut un premier accouchement assez laborieux et le quatrième fut suivi d'une perte sanguine qui la retint au lit pendant six semaines.

Neuf mois après sa dernière couche, il y a environ quatre ans, elle fut saisie d'une violente frayeur à la vue d'un de ses enfants qui faillit être écrasé dans la rue sous les roues d'une voiture. Quinze jours après, à l'époque de ses règles, qui furent cette fois plus abondantes que de coutume, elle eut, au milieu de la nuit, une première attaque à laquelle elle et son mari ne firent pas grande attention et qu'ils prirent pour un cauchemar. Une seconde survint un mois après; celle-ci se déclara au milieu du jour et ne laissa aucun doute aux yeux de la famille.

Depuis lors, les accès reviennent tous les mois, le plus ordinairement quand la malade vient d'avoir ses règles, et parfois tous les deux mois. Ils ont toujours lieu vers la fin de la nuit, à peu près quand le jour commence à paraître. La malade en est avertie par plusieurs signes précurseurs, qui précèdent l'attaque de quelques secondes ; elle sent les muscles de son visage se roidir et elle éprouve une angoisse inexprimable. Elle pousse un cri et perd immédiatement connaissance. Alors tous les membres sont agités de tremblements, les bras se contournent avec force dans la pronation; la face, toute convulsée, est d'un rouge violet, et la bouche remplie d'écume sanguinolente. Cet état dure de trois à quatre minutes, après quoi survient un sommeil profond duquel la malade sort sans se rappeler rien, excepté les phénomènes précurseurs de l'attaque. Hors des accès, elle jouit d'une santé parfaite.

Appelé auprès d'elle, au bout du sixième accès, le 22 novembre 1849, je prescrivis le valérianate d'atrophine à la dose de 1 milligramme.

Du 23 au 28 inclusivement, continuation du même moyen à la même dose.

Le 29, dilatation des pupilles, léger trouble de la vue, point de vertige, nulle céphalalgie, point de sécheresse do gosier, suspension du valérianate d'atropine.

Le 5 décembre, les pupilles et la vision sont revenues à leur état naturel.

Du 8 au 15, 2 milligrammes de valérianate d'atropine par jour.

Le 16, nouvelle suspension du médicament. Une attaque survient, mais elle est moins longue et plus faible que les précédentes.

Du 23 au 30, troisième reprise du médicament à la dose de 2 milligrammes par jour.

Le 1er janvier 1850, suspension du valérianate d'atropine.

Du 15 au 1er février, quatrième reprise à la même dose.

Du 15 février au 1er mars, cinquième reprise, toujours à la dose de 2 milligrammes par jour.

1er avril, voilà trois mois et demi que la malade n'a pas eu d'attaques, suspension du médicament.

Du 15 au 30, sixième reprise du valérianate d'atropine, à la dose de 1 milligramme par jour.

Le 8 mai, une attaque très-légère survient au milieu de la nuit.

Du 15 au 30 septembre, prise de la médication à la dose d'un demi-milligramme par jour.

Deux ans et demi se sont écoulés depuis la dernière attaque, et la malade n'éprouve plus le moindre symptôme de son affection.

Obs. II. Mlle J..., âgée de dix-huit ans, d'une constitution nerveuse et d'une imagination très-vive, est fille d'une mère extrêmement irritable, sujette à la migraine et qui a eu plusieurs accès de lypémanie suicide. Cette jeune personne se fit remarquer de bonne heure par un instinct génésique très-prononcé; elle fut renvoyée de plusieurs pensionnats pour avoir excité à la masturbation un grand nombre de ses camarades.

Réglée à seize ans, elle voit à chaque époque, mais l'écoulement est difficile et peu abondant. A dix-sept ans, deux mois après une vive contrariété qu'elle eut à subir de la part de sa mère, elle est prise d'attaques convulsives.

Ces attaques commencent par une constriction au gosier et par un état de malaise. La malade pousse un petit cri suivi aussitôt de chute, d'agitation de tout le corps, de perte de connaissance et de roideur tétanique de la tête et des membres supérieurs, dont les doigts restent fortement fléchis. Gonflement et rougeur de la face, distension des jugulaires, respiration laborieuse, point d'écume à la bouche, léger grincement des dents sans aucune contraction des muscles du visage. Au bout de quelques minutes, les muscles se relâchent, les yeux se ferment, la face devient pâle; la malade pousse quelques gémissements et s'endort d'un profond sommeil. Une demi-heure après environ, elle se réveille avec une figure étonnée, un air abattu, un peu de céphalalgie et ne se rappelant rien de ce qui s'est passé durant l'accès.

Les attaques n'ont rien de régulier, elles reviennent à peu près trois ou quatre fois par mois, quelquefois au milieu du jour, d'autres fois vers le matin. Ils sont rapprochées et plus intenses quand la malade éprouve quelque contrariété.

On prescrit plusieurs saignées du pied, des bains de siége et des pédiluves irritants, dans le but de provoquer l'écoulement des règles. On conseilla aussi des préparations ferrugineuses. Tous ces moyens restèrent sans résultat.

Du 4 mars 1849 au 10, 1 milligramme de valérianate d'atropine est administré en vingt-quatre heures.

Le 11, on cesse l'emploi du remède.

Du 18 au 1er avril, reprise du sel d'atropine, à la dose de 2 milligrammes en vingt-quatre heures.

Le 2, dilatation des pupilles, léger trouble de la vue.

Le 4, il survient une attaque.

Du 7 au 22, troisième reprise de la médication (2 milligrammes en vingt-quatre heures).

Du 28 avril au 11 mai, quatrième reprise. Une attaque se manifeste dans cet intervalle. Dilatation assez considérable des pupilles, quelques vertiges.

Du 17 au 30, cinquième reprise.

Du 5 juin au 18, sixième reprise (toujours à 2 milligrammes en vingt-quatre heures).

Du 24 juin au 7 juillet, septième reprise; absence d'attaques depuis deux mois.

Du 13 au 28, huitième reprise.

11 centigrammes de valérianate d'atropine sont successivement administrés à quatre autres reprises.

La guérison se soutient (8 septembre 1852). Mlle J... continue toutefois à être fort mal réglée.

Obs. III. L'enfant D..., âgé de quatre ans et demi, d'une constitution robuste, né d'une mère sujette à des attaques de nerfs, eut peur d'un chien qui se précipita sur lui à la campagne, il y a quinze mois. Dans la nuit qui suivit cette frayeur, it eut des accès convulsifs, précédés de cris et de mouvements de détresse qui firent supposer que l'imagination du petit malade lui représentait la cause qui l'avait si fort effrayé. Ces accès se reproduisirent. Ils se manifestaient quelque temps après que l'enfant était au lit, pendant le premier sommeil. Les phénomènes morbides se succédaient dans l'ordre suivant : gène de la respiration, toux, anxiété, réveil imparfait, parole d'abord inintelligible, roideur des membres, déviation de la bouche, avec un peu d'écume à ses coins, yeux ouverts et convulsés, col gonflé, mâchoires serrées l'une contre l'autre, enfin, résolution complète des membres, suivie d'un sommeil profond.

Comme l'enfant n'éprouvait rien de semblable pendant le jour, les parents pensèrent que le temps parviendrait à guérir cette affection. Cependant ils s'effrayèrent en voyant les attaques redoubler et se reproduire à des intervalles irréguliers, à peu près huit à dix fois par mois.

Un médecin, appelé deux mois après le début des attaques, prescrivit des vermifuges, des bains tièdes et de l'oxyde de zinc.

Ces moyens parurent améliorer l'état de l'enfant au point que les parents le crurent guéri ; mais les accès, qui avaient cessé pendant six semaines, revinrent avec plus de violence, et en nombre bien plus considérable ; on en comptait jusqu'à trois dans la même nuit.

Je vis cet enfant le 4 avril 1850. M'étant assuré que la maladie n'avait pour cause ni travail de dentition, ni présence d'ascarides ou d'oxyures vermiculaires, je fis abandonner les traitements antérieurs pour prescrire le valérianate d'atropine.

Du 4 au 9, le petit malade en prend un demi-milligramme en vingt-quatre heures.

Le 10, un peu de dilatation des pupilles ; suspension du médicament.

Du 14 au 19, reprise du sel d'atropine à la même dose.

Du 24 au 29, troisième reprise.

Du 4 mai au 9, quatrième reprise.

Du 14 au 19, cinquième reprise.

Le 25, les attaques sont moins longues et moins fréquentes.

Du 1er juin au 1er août, 6 centigrammes de valérianate d'atropine.

Le 3 août, l'enfant n'a plus d'accès proprement dits ; seulement il éprouve une ou deux fois par semaine, dans le jour, un vertige très-léger et très-rapide ; il pousse un cri, se roidit, chancelle ; mais tout est fini au bout de quelques secondes.

Le valérianate d'atropine est continué durant les mois d'août, de septembre et d'octobre (7 centigrammes durant toute cette période).

Deux années se sont écoulées depuis cette époque sans que le jeune malade ait éprouvé la moindre attaque convulsive.

Obs. IV. V..., concierge, a cinquante ans, une constitution moyenne, les yeux bleus, les cheveux roux, la poitrine bien développée et passablement d'embonpoint. Il est né d'une mère sujette à la migraine, et il fut lui-même longtemps en proie à cette maladie.

En 1841, la migraine est remplacée par des attaques convulsives. Celles-ci sont marquées par des secousses dans les bras, qui se roidissent et se contournent dans la prouation; par l'écume à la bouche; par un resserrement des mâchoires, entre lesquelles la langue se trouve quelquefois mordue. Rien n'annonce ces attaques. La connaissance se perd au moment même de l'invasion.

Cet état dura un temps variable, tantôt de deux à trois minutes, tantôt de dix minutes à un quart d'heure; après quoi, recouvrant l'usage des sens, le malade répond par des paroles décousues aux questions qu'on lui adresse, oublie une foule de mots usuels et se trouve plongé dans une sorte de stupidité qui persiste pendant un jour ou deux.

Les attaques surviennent quelquefois le jour, mais le plus souvent la nuit, au nombre de deux ou trois par mois.

Les saignées, la poudre de fleurs de pivoine et celle de fleurs de narcisse sauvage n'ont exercé aucune influence sur l'état de ce sujet.

Du 26 juin 1850 au 9 juillet, 1 milligramme de valérianate d'atropine en vingt-quatre heures.

Du 16 au 30, 2 milligrammes. Une attaque durant cet intervalle. Dilatation des pupilles et un peu de trouble dans la vue.

Du 7 août au 21, reprise du sel d'atropine à la dose de 1 milligramme.

Du 29 août au 12 septembre, quatrième reprise à la même dose. Il n'y a pas eu d'attaques durant le mois d'août.

Du 20 septembre au 4 octobre, cinquième reprise.

Le 6 octobre, une légère attaque, qui dure à peine quelques secondes.

Le malade ingère, en huit autres reprises, 24 centigrammes de valérianate d'atropine.

Le 10 janvier 1852, amélioration considérable. Les attaques ne sont plus que de simples vertiges qui ne laissent aucun désordre de l'intelligence et qui ne reviennent que tous les quatre ou cinq mois.

Réflexions générales. — Dans la première observation, des attaques d'épilepsie survenant une et deux fois par mois cèdent, comme on voit, complétement à l'usage du valérianate d'atropine prolongé pendant six mois, en débutant à la dose d'un milligramme en vingt-quatre heures. Dans la seconde, les attaques, au nombre de trois et quatre par mois, cèdent également à l'emploi du même remède administré pendant sept mois, en débutant aussi à la dose d'un milligramme par jour. Dans la troisième, sept mois de traitement, en commençant par un demi-milligramme en vingt-quatre heures, suffisent encore pour triompher d'accès se répétant huit à dix fois par mois. Enfin, dans la quatrième, un traitement de quatre mois ne guérit pas complétement, il est vrai, mais produit une amélioration considérable. Hâtons-nous d'ajouter que chez les trois malades

guéris, il n'est survenu aucune rechute, bien que deux ans, deux ans et demi et trois ans se soient écoulés depuis la cessation de l'emploi du valérianate d'atropine.

Avant de terminer, il nous semble important de rappeler que le valérianate d'atropine n'existait pas en chimie, et par suite en matière médicale avant le travail que nous eûmes l'honneur de lire devant l'Académie impériale de médecine en 1853, travail qui a été tout récemment l'objet d'un rapport fait au nom d'une Commission composée de MM. Baillarger, Lecanu et Jolly ; que c'est moi qui ai eu le premier la pensée de combiner l'acide valérianique avec l'atropine, et qui ai préparé le premier ce sel dans le laboratoire de M. Pelouse, sous les yeux et avec le concours d'un des élèves les plus distingués de cet habile chimiste, M. Reynoso Alvarès , lauréat de l'Académie des sciences, mon collaborateur dans mes Recherches sur la présence du sucre dans l'urine des épileptiques. Le *Bulletin de Thérapeutique*, en publiant dans sa livraison du 15 février (p. 121) mon procédé tel qu'il se trouve décrit dans le rapport fait à l'Académie de médecine, a cru devoir signaler en même temps le mode de préparation publié par un pharmacien de Paris. Je me permettrai de faire remarquer que ma formule diffère complétement de celle du pharmacien dont il s'agit. Au lieu d'entrer seulement pour trois dixièmes au plus dans la combinaison saline, l'acide valérianique entre dans mon procédé pour une partie et demie. De là l'avantage qu'il a sur l'autre procédé ; car par la quantité beaucoup plus considérable d'acide valérianique, d'une part, il rend le remède sans danger pour les malades, et de l'autre, il double ses propriétés curatives. Enfin ma formule est la seule qui ait subi le contrôle de l'expérimentation clinique et qui ait été l'objet de l'examen attentif auquel s'est livrée la Commission nommée par l'Académie.

Considérations pratiques sur les crampes des nourrices [1].

Par M. Jules Verdier, D. M. à Barre des Cévennes (Lozère).

L'épuisement causé par une sécrétion de lait disproportionnée à leurs forces expose les nourrices surtout celles qui ne prennent aucun soin de leur alimentation, à une foule d'incommodités, et en particulier à une sorte de crampes très-douloureuses que, si mes souvenirs me servent bien, on ne rencontre guère que chez elles. Cette affection, qui a pour la première fois fixé mon attention en

[1] Extrait de la Revue thérapeutique du Midi.

1852, mérite celle des praticiens, sinon par le danger qu'elle fait courir aux malades, du moins par les tortures qui en accompagnent les accès. Je vais en rapporter ici quelques exemples. Ils pourront jeter un peu de lumière sur ce sujet, dont il ne paraît pas, si j'en juge par le silence des auteurs que j'ai lus, qu'on se soit beaucoup occupé jusqu'à ce jour.

Obs. D'un tempérament lympathique, sujette d'ailleurs à des douleurs rhumatismales, âgée de trente-deux ans, Mme J.... allaitait son cinquième enfant, bien portant et âgé de quatre mois. A la suite d'aliments lourds qu'elle prit le soir du 31 janvier 1852, elle éprouva la nuit suivante des contractions violentes dans les muscles des membres, principalement dans ceux des avant-bras, qui se renouvelèrent à plusieurs reprises les jours suivants. Elles se prolongeaient pendant une ou deux heures, et se trouvaient escortées par une douleur si forte, qu'elle arrachait des cris à la malade. Quand l'affection se produisait dans l'avant-bras, tout le membre était étendu, ainsi que les doigts, que la malade tenait écartés. Elle ne pouvait fléchir, ni laisser fléchir, presser, ni même toucher les parties affectées, à cause de l'aggravation de douleurs que tout cela lui causait. Pendant ces accès, la malade se penchait, comme entraînée par le poids du bras, qu'elle portait presque à terre; la figure s'animait, le pouls acquérait une fréquence fébrile. Pendant les rémissions, au contraire, pas de signes de réaction : seulement, langue blanche avec un enduit jaunâtre à la base, haleine fétide, ventre paresseux et pas d'appétit. Il y avait quelques jours que cet état durait, lorsque je fus consulté. Une purgation, le laudanum, l'éther, un liniment préparé avec la belladone, des vésicatoires aux jambes, procurèrent un soulagement assez marqué pour faire négliger les restes de cette affection. Ce fut un grand mal, car la malade resta sujette à des retours de crampes dans le bras gauche, d'abord très-rares, mais qui, en se perpétuant, ont fini par revenir à des intervalles fort rapprochés, et ont amené l'émaciation et la paralysie du membre affecté.

Obs. Dans le même tems, mes conseils furent réclamés par une jeune femme de Freïssinet, aussi nourrice et lympathique, dont la situation était exactement la même, et chez laquelle les soins prescrits à ma première malade eurent un succès qui ne s'est pas démenti.

Obs. Chez une troisième, femme de la commune de Gabrial, âgée de trente-cinq ans, lympathique, mère et nourrice de deux filles rachitiques, dont elle venait de sevrer la plus jeune, la maladie débuta inopinément, le 26 décembre 1851, par une crampe violente dans le médius de la main gauche, qui se fléchit et se renversa en même temps sur le dos de la main, avec une sensation aiguë de douleur dans ce point. Bientôt, la même crampe et la même douleur s'étant propagées au bras, à l'épaule et au cou, le bras fut porté en arrière et la tête entraînée vers l'épaule. Dans ce moment, la douleur devint telle que la malade perdit connaissance, tomba par terre, et ne re-

vint de son évanouissement qu'une demi-heure après. La même crampe et la perte de connaissance se renouvelèrent le soir. Cette seconde crise laissa de l'engourdissement dans la partie, où de légères crampes, accompagnées d'une douleur moins violente, continuèrent de se faire sentir de temps en temps. Le 31 décembre, le malade ayant pris du café le matin, son attaque se reproduisit avec les mêmes phénomènes que la première fois, c'est-à-dire que la crampe se propagea du doigt au bras, à l'épaule et au cou; mais la douleur eut moins d'acuïté. Cette femme, qui est habituellement constipée, n'avait pas eu de selles depuis le début de sa maladie, qui d'ailleurs n'offrait aucun phénomène de réaction. L'huile de ricin, une potion laudanisée, l'éther, les lavements, les pédiluves, qui furent mis en usage, procurèrent un assez prompt soulagement, que la guérison suivit de près.

Obs. A la même époque, à Barre, une femme de trente-deux ans, de tempérament lymphatico-nerveux, qui, quelques années auparavant, avait été atteinte d'hystérie, déjà mère de cinq enfants, dont le plus jeune, qu'elle nourrissait, avait sept mois, commença de se plaindre, de temps en temps, de contractions fortes et douloureuses dans les avant-bras, pendant lesquelles les mains se trouvaient tournées dans le sens de la pronation, avec écartement et inflexibilité des doigts. Les paroxysmes duraient d'une demi-heure à une heure, et revenaient plusieurs fois le jour. Le début de cette affection avait été précédé par des fourmillements et une sensation d'engourdissement dans les bras. L'usage de l'éther et quelques soins de régime firent disparaître assez rapidement cette affection; mais elle s'est renouvelée en 1855 à l'occasion de son sixième enfant, âgé d'un an, qu'elle nourrit. Les crampes sont accompagnées de quelques étouffements, mais elles ont une moindre violence que la première fois, ce qui est commun aux autres cas que j'ai observés cette année. La malade a fait la remarque que les crampes se calment toutes les fois qu'elle se nourrit bien, et s'exaspèrent aussitôt qu'elle néglige son régime. Une bonne alimentation et l'usage de l'éther ont suffi dans ce cas pour procurer la guérison, qui ne s'est pas démentie, bien que la malade n'ait sevré son enfant qu'à la fin de l'été.

Obs. Une femme de vingt-deux ans, voisine de la précédente, mère de deux enfants, maigrit beaucoup pendant qu'elle allaitait le premier; les ganglions du cou s'engorgèrent et entrèrent en suppuration, et des crampes auxquelles elle était sujette se firent sentir, avec une fréquence insolite et beaucoup d'aggravation. Ayant sevré son premier enfant, parce qu'elle se trouvait grosse, les crampes cessèrent, et elle reprit un peu d'embonpoint. Au commencement de 1854, nourrissant son second enfant, âgé de quatre mois, elle a vu ses crampes se renouveler avec un surcroît de violence qu'elles n'avaient pas présenté la première fois, affectant tous les membres, et revenant plus particulièrement la nuit que le jour. Quand les crampes ont lieu dans les avant-bras, où elles sont plus communes et plus fortes, un ou plusieurs doigts se fléchissent sur la paume de la main, et se maintiennent pendant quelques minutes dans cet état, qui est accompagné d'une très-vive douleur. Cette jeune femme est

en même temps sujette à des étouffements hystériques et à des extinctions subites de la voix, qui se renouvellent plusieurs fois le jour et qui sont provoqués par la plus légère émotion. Les calmants ont été essayés chez cette femme sans beaucoup d'effet; mais son affection a cédé plus tard à l'influence d'un bon régime, et peut-être encore des chaleurs de l'été, qui sembleraient agir dans ce cas d'une manière tout opposée que dans plusieurs autres affections d'origine cérébrale, que la chaleur aggrave manifestement.

J'ai encore observé, tant en 1852 qu'en 1855, quelques autres cas de crampes chez les nourrices, que je ne rapporterai point. Les phénomènes propres à cette affection sont fort simples : ils consistent dans un léger gonflement et le durcissement des muscles qui sont le siége de la contraction spasmodique, et dans l'entraînement involontaire, dans le sens de la flexion ou de l'extension, des parties que ces muscles sont destinés à mouvoir, avec production d'une douleur aiguë, dilacérante, qui ne cesse qu'au bout d'un temps variable, peut se prolonger au delà d'une heure, et laisse quelquefois après elle une sensation d'engourdissement dans la partie. Cette affection n'est pas fébrile, mais pendant les paroxysmes, quand la douleur est violente, le pouls devient fréquent, la physionomie se colore, et il se développe de la chaleur à la peau. Nous avons rapporté un cas où l'excès de la douleur amenait la syncope.

Les crampes des nourrices diffèrent sous plusieurs rapports des crampes ordinaires, qui n'ont communément lieu que la nuit, et sont le plus souvent provoquées par une position vicieuse du membre, qu'il suffit de changer pour en faire cesser les conséquences presque immédiatement; ces crampes n'affectent ordinairement que les mollets ou la plante des pieds. Celles des nourrices, au contraire, reviennent indifféremment le jour et la nuit, se déclarent pendant la veille aussi bien que pendant le sommeil, et quelle que soit d'ailleurs la position du membre, dont le changement de situation ne fait cesser ni la convulsion ni la douleur. Elles affectent indistinctement tous les membres, mais ont toutefois une préférence marquée pour les extrémités supérieures; quelquefois, comme nous l'avons vu, elles affectent les muscles du cou. Nous pourrions encore ajouter que les crampes ordinaires se montrent en tout temps et en toute saison, attaquant préférablement les personnes d'une constitution sèche, à muscles bien dessinés, et qu'elles n'annoncent aucun danger pour la santé; tandis que les crampes des nourrices attaquent de préférence les femmes lymphatiques ou scrofuleuses, accidentellement débilitées, sont assez communes dans certains moments, et qu'il se passe ensuite des années entières sans qu'on en rencontre de nouveaux exemples; enfin, quand elles persistent au delà d'un certain temps pour devenir habituelles, elles donnent un juste motif de craindre l'atrophie et la

paralysie du membre malade, comme cela se voit dans notre première observation.

Les femmes chez lesquelles j'ai observé l'espèce de crampe sur laquelle je me suis proposé d'appeler l'attention des praticiens étaient, comme je l'ai dit, lymphatiques ou atteintes de scrofules ; la plupart avaient été mères plusieurs fois ; elles avaient nourri leurs enfants, et nourrissaient encore de nouveau, lorsque l'affection s'est déclarée ; plusieurs avaient d'ailleurs présenté déjà des signes d'affection hystérique. On ne peut douter que l'épuisement causé par l'allaitement n'ait produit la maladie ; mais il a nécessairement fallu le concours d'une autre cause pour y donner lieu, puisque son règne n'a pas la perpétuité de celles dont nous venons de parler. Il y a toujours, en effet, des femmes lymphatiques, disposées à l'hystérie, qui n'usent pas d'une alimentation suffisamment réparatrice pendant qu'elles nourrissent leurs enfants, et cependant la crampe ne se montre chez elles qu'à des époques éloignées et dans certaines saisons. Je l'ai observé en 1852 et en 1855, chaque fois vers le milieu et la fin de l'hiver ; mais je serais embarrassé d'expliquer par quoi l'hiver de ces deux années avait pu contribuer au développement de la maladie, car il n'avait présenté de remarquable que d'être peu rigoureux.

Je ne suis guère plus éclairé sur la cause des différences que la maladie a présentées à ces deux époques. Les crampes que j'ai observées en 1852 étaient d'une violence extrême, accompagnées d'une douleur atroce ; les paroxysmes de cette douleur duraient d'une demi-heure à une et même deux heures , et de plus la maladie affectait avec plus d'exclusion les membres supérieurs. En 1855, les crampes ont été moins violentes , n'ont pas duré le plus souvent au delà de quelques minutes, et, quoique leur siége de prédilection fût dans les extrémités supérieures, les extrémités inférieures n'ont pas laissé que de participer plus ou moins aux atteintes de la maladie.

Les crampes des nourrices constituent une affection plus cruelle que dangereuse, bien qu'il ne paraisse pas qu'on puisse douter, d'après notre première observation, qu'elles soient sous la dépendance d'une affection cérébrale. Il ne serait donc pas sage de s'abandonner a un excès de sécurité. La même observation montre à quels maux cruels et incurables peut exposer cette maladie, lorsqu'on en a négligé le traitement.

Bien qu'un tempérament faible, une constitution détériorée par des causes antécédentes, jouent un rôle important dans la production de la crampe des nourrices, l'expérience m'a cependant appris

que ces conditions ne seraient pas suffisantes sans le concours d'un mauvais régime. C'est pourquoi je pense qu'une alimentation convenable et suffisamment réparatrice préviendrait sûrement la maladie. Une pareille alimentation constitue aussi l'indication dominante, lorsque la maladie est déjà déclarée. Mais, comme ce moyen est lent dans ses effets et que les malades sont en proie à des tortures dont on ne saurait trop tôt les délivrer, les calmants sont indiqués, et il est souvent utile de leur préparer la voie par quelque médication évacuante, qui améliore l'état des fonctions digestives et serve en même temps à opérer une dérivation salutaire par rapport à l'organe cérébral. Beaucoup de malades présentent des signes d'embarras gastrique qu'il importe de combattre, parce que le rétablissement de l'appétit est une condition de succès dans le traitement, et parce que d'ailleurs l'administration des narcotiques, indiquée par la douleur et le spasme, ne serait pas sans inconvénients, si l'état gastrique n'avait pas tout d'abord été combattu. Je me suis très-bien trouvé de l'emploi de l'éther et des préparations opiacées. On en obtient ordinairement un soulagement très-marqué, qui permet d'attendre patiemment les bons effets qu'il y a lieu de se promettre d'une alimentation réparatrice. L'allaitement étant la cause qui a produit et qui entretient la maladie, il serait avantageux de le faire cesser. Mais comme l'enfant ne se trouve pas toujours alors en âge d'être sevré, et que de puissantes raisons s'opposent le plus souvent à ce qu'on lui donne une autre nourrice, il faut être prévenu que la continuation de l'allaitement n'est pas un obstacle insurmontable à la guérison, et qu'à l'aide des soins dont nous avons parlé, surtout d'une alimentation appropriée, on vient assez sûrement à bout de toutes les difficultés.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'étranglement herniaire et moyen de le faire cesser sans recourir à l'opération sanglante.

Par M. le baron Seutin, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Pierre.

(Suite et fin) [1].

Désirant éclairer les praticiens sur la valeur des quelques objections qu'on peut faire à cette méthode, je vais les passer en revue.

D'abord, on dira qu'elle expose à faire rentrer les hernies en bloc,

---

[1] Voir le numéro précédent, page 161.

avec leurs sacs, et à laisser persister l'étranglement que peut déterminer le collet de celui-ci. On transformerait ainsi l'étranglement externe en un étranglement interne beaucoup plus grave. Mais, ou bien le sac est récent, et alors son collet n'est pas encore épaissi et n'est pas susceptible de déterminer un étranglement; ou bien il est ancien, et alors il adhère lui-même à l'anneau et aux parties situées en dehors de lui, et il faudrait détruire ces adhérences pour qu'il pût rentrer. Ceci ne pourrait avoir lieu que dans les hernies anciennes et irréductibles qui, je l'ai déjà dit, exigent la kélotomie. Je ne nie pas pourtant que, même en dehors de cette circonstance, la rentrée en bloc et l'étranglement interne ne soient possibles; mais ce sont des faits très-rares, dont on ne doit pas tenir compte, surtout en présence des nombreux insuccès de l'opération sanglante. Du reste, cette même objection a été faite au taxis modéré et continu; pourtant l'application de celui-ci m'a donné les plus beaux résultats, et jamais, par son emploi, je n'ai vu survenir cette rentrée en bloc dont on cherche à faire un épouvantail. Ce qui n'a pas lieu par le taxis n'aura pas lieu davantage par la méthode que je propose (¹).

On objectera sans doute aussi le défaut de principes nettement arrêtés relativement aux parties sur lesquelles doit porter le débridement. Il est vrai que les auteurs ne sont pas d'accord sur le mécanisme de l'étranglement; mais, nous autres praticiens, nous n'avons pas à nous préoccuper de ces discussions. Quelle que soit la cause première de cet état, nous constatons qu'il existe un anneau fibreux naturel ou accidentel, que le doigt fait sentir et qui empêche la rentrée des parties qui sont sorties de la cavité abdominale. Cet anneau, dans la kélotomie, on le coupe; dans l'opération pratiquée selon ma méthode, on le dilate, on l'éraille ou on le rompt. Il y a donc autant de précision, on agit avec tout autant de connaissance de cause dans l'une que dans l'autre.

Le doigt introduit dans l'anneau peut-il réellement rompre ou dilater les fibres aponévrotiques? Ceci est un fait d'expérience que chacun peut constater sur le cadavre : en manœuvrant comme je l'ai indiqué, on peut rendre les anneaux tellement larges que le doigt y passe facilement; la rupture des fibres est annoncée par un

---

(¹) Au reste, après la rentrée de la hernie, il est facile d'introduire le doigt dans l'anneau et dans le canal; en le poussant assez avant, on pourrait vaincre l'étranglement interne. Si, malgré cette manœuvre, l'étranglement persistait, il faudrait chercher à faire ressortir la hernie, et procéder à l'opération.

craquement très-distinct. En disséquant les parties, on trouve alors l'élargissement dû à l'éraillement ou à la déchirure. C'est ce que, comme on l'a vu, mon regrettable collègue Lombard avait constaté.

Ne pourrait-on pas, en passant le doigt dans l'orifice de l'anneau, blesser, contondre l'intestin ? Non, si l'on opère méthodiquement. En effet, le doigt est coiffé par la peau et le tissu cellulaire qui amortissent son action sur les viscères. On n'introduit pas le doigt brusquement et sans précaution ; d'une main, on tire sur l'anse d'intestin pour la tendre légèrement. Le doigt indicateur est porté sur la tumeur de manière que sa pulpe corresponde à l'intestin hernié et son ongle à l'anneau. Le chirurgien déprime légèrement la partie herniée, en faisant appuyer par un aide sur ce doigt, qui se fatiguerait bientôt. Quand il sent que l'impression est assez profonde et que l'ongle peut déjà pénétrer sous l'anneau, il redouble d'efforts de compression en recommandant à l'aide de le seconder ; puis le doigt est courbé en crochet, la surface de l'ongle tournée vers l'intestin, la pulpe vers l'orifice fibreux. De cette façon, aucune partie ne peut s'introduire entre celui-ci et le doigt, d'autant plus que le doigt le sentirait. La contusion et les blessures de l'intestin ne peuvent donc pas arriver.

L'introduction du doigt est-elle toujours possible ? M. le docteur Ancelon, de Dieuze, dit : « On ne se rend pas bien compte d'un étranglement qui, permettant l'introduction du doigt recouvert des téguments entre l'anse intestinale et le bord de l'anneau, ne céderait pas aux manœuvres bien ménagées d'un taxis convenable. »

Il dit aussi que, dans un cas pareil, le doigt le plus effilé n'aurait jamais su passer, même sans l'intermédiaire des téguments. L'expérience m'a démontré le contraire : sans doute, on ne parvient pas d'emblée à introduire le doigt ; mais, en fatiguant l'anneau par une pression continue, je suis toujours parvenu à le faire céder, tant sur le vivant que sur le cadavre, et j'ai réduit ainsi des hernies contre lesquelles le taxis longtemps prolongé avait été inutilement mis en œuvre. Du reste, si l'on n'y parvenait pas, on agirait, comme je l'ai dit, en faisant une petite incision ou même une ponction à la peau, en introduisant par là le manche d'une spatule et cherchant, par une pression suffisante, à rompre l'anneau.

Il est vrai que, dans ce même article, M. Ancelon émet des craintes à l'égard de cette rupture : « Il ne faut pas se le dissimuler, dit-il, une déchirure produite par la violence proposée aggraverait singulièrement l'infirmité première. » Plus loin, il semble également la redouter. Mais d'abord, que risque-t-on en opérant cette rupture ?

Quel est l'organe important qui pourrait être atteint? Ne risque-t-on pas beaucoup plus par l'emploi de l'instrument tranchant, qui expose à la section des artères et de l'intestin ?

Mais l'élargissement de l'anneau, par rupture ou par dilatation, n'a-t-il pas l'inconvénient de rendre la reproduction de la hernie plus facile et d'empêcher sa guérison radicale dans le cas où elle aurait pu avoir lieu? D'abord, la guérison radicale est un fait tout exceptionnel, qui par conséquent ne doit pas être pris en considération dans la généralité des cas. Elle n'arrive que dans les hernies récentes et chez les sujets jeunes et maigres, chez lesquels une nutrition active et un développement adipeux abondant viennent rétrécir les anneaux et former en quelque sorte bouchon au-devant d'eux. Ce n'est généralement pas dans ces circonstances que l'on observe l'étranglement, et quand il existe et qu'il résiste à un taxis convenablement pratiqué, il ne reste plus qu'à opter entre ma méthode et celle de la kélotomie. Or, celle-ci a aussi pour résultat l'élargissement de l'anneau débridé; c'est la même chose que pour ma méthode, sauf les accidents; le choix ne peut rester un instant douteux.

Du reste, l'élargissement de l'anneau a un grand avantage : c'est de rendre la reproduction de l'étranglement beaucoup plus difficile, je dirai presque impossible; c'est de rendre la réduction facile dans les cas où la hernie s'engouerait. Cet avantage est, à mes yeux, tellement capital, que, chez les sujets chez lesquels je réussis par le simple taxis, j'ai adopté en principe de dilater ou d'érailler l'anneau, afin de rendre désormais les chances d'accidents nulles ou à peu près. Je ne m'abstiens de le faire que dans le cas que je viens de mentionner, c'est-à-dire chez les sujets jeunes, maigres, à hernies récentes et anneaux étroits, afin de permettre la guérison radicale si elle doit arriver. Tous ceux que j'ai opérés par l'éraillement de l'anneau ont toujours pu parvenir à réduire facilement leur hernie; aucun, jusqu'à présent, n'a éprouvé les inconvénients d'un nouvel étranglement, quoiqu'ils ne cessent de se livrer à de rudes travaux. Les bandages dont ils se servaient avant d'avoir subi cette opération retiennent aussi leur hernie.

La première indication à poursuivre après que l'étranglement est levé, c'est le rétablissement du libre cours des matières. En général je prescris, immédiatement après l'opération, l'eau de Sedlitz ou la limonade citro-magnésienne à dose évacuante, c'est-à-dire par verrées, toutes les heures, jusqu'à effet.

C'est à tort que quelques praticiens craignent, par l'usage de ce

purgatif, de stimuler ou d'irriter l'intestin. Les purgatifs salins n'agissent qu'en déterminant une exsudation séreuse qui a l'avantage de ramollir et de liquéfier les matières fécales durcies, et de produire des selles abondantes sans offenser la muqueuse intestinale, que protége ce surcroît de sécrétion.

Dans les cas où il y a inflammation, la hernie étant réduite, on tient le malade au lit, dans une position convenable, le bassin élevé, l'abdomen dans une déclivité opposée au sens dans lequel se produit la hernie, et l'on recourt aux applications de compresses imbibées d'eau froide, qui présentent de grands avantages, etc., etc.

Ces accidents combattus, l'application d'un brayer maintiendra la hernie, dont un nouvel étranglement n'est désormais plus à craindre.

Quelques observations serviront à confirmer les faits que je viens d'établir, et suffiront, je pense, à démontrer définitivement la supériorité de ma méthode.

Un tableau statistique des hernies étranglées traitées dans les salles de l'hôpital Saint-Pierre parlera d'ailleurs, par l'irréfragable argument des faits, plus éloquemment qu'aucune dissertation. Je dois prévenir, du reste, que ce tableau, recueilli par un de mes internes, est très-incomplet; on n'y trouve pas les malades, très-nombreux, qui ont été amenés aux consultations gratuites, atteints de hernies engouées ou étranglées, et chez lesquels la réduction a pu être obtenue immédiatement par le taxis prolongé.

Hernies étranglées traitées à l'hôpital Saint-Pierre depuis 1846 *jusqu'en* 1856.

Malades entrés atteints de :

Hernies étranglées, 26. —Kélotomies pratiquées, 14.

Dont : Guérisons, 5.—Morts, 9.—Réduites sans opération, 12.

Dont : Réductions et guérisons par le taxis continu, 6

Réductions et guérisons par extension et déchirure de l'anneau au moyen du doigt, 6

Obs. Ire. *Hernie crurale étranglée.* R..., Marie, quarante-sept ans, journalière, est atteinte depuis nombre d'années de hernie crurale gauche. La hernie était habituellement réductible; par suite de négligence dans l'application d'un mauvais brayer, elle s'était étranglée depuis deux jours; depuis lors les vomissements stercoraux sont survenus, le hoquet, etc. La malade est amenée à l'hôpital Saint-Pierre le 27 juin 1854, après avoir subi en ville quelques essais de réduction par le taxis. Une nouvelle tentative est pratiquée à l'hôpital, mais sans plus de résultats.

Je procède alors à la déchirure du ligament de Gimbernat, qui bridait l'étranglement, et, cette déchirure obtenue, la hernie se réduit avec la plus grande

facilité. Le doigt pénètre avec aisance dans l'anneau considérablement élargi. On place la malade au lit, dans une position convenable, et l'on administre un purgatif salin. Les vomissements ont complétement cessé, une selle abondante annonce le rétablissement du libre cours des matières, et cette femme, n'attendant plus qu'un bandage approprié, sort guérie le 3 juillet.

Obs. II. *Hernie crurale étranglée.* F..., Thérèse, ménagère, cinquante ans, est atteinte d'une hernie crurale datant de plusieurs années ; cette hernie s'est étranglée depuis trois jours; des tentatives inutiles de réduction ont été faites par le taxis. Cette femme entre à l'hôpital Saint-Pierre le 18 juillet 1854. Je déchire l'anneau en exerçant une forte traction, au moyen du doigt, sur le ligament de Gimbernat, et la réduction s'opère.

Position convenable, purgatif. Cessation complète des symptômes de l'étranglement; application d'un brayer. La malade sort guérie le 25 juillet.

Obs. III. *Hernie crurale étranglée.* T..., Marie, soixante-trois ans, journalière. Hernie crurale à droite, datant de cinq ans; étranglement depuis trois jours; vomissements opiniâtres et stercoraux; suspension des selles et des éruptions gazeuses, etc. Des essais de réduction par le taxis ont été entrepris en ville, mais sans succès. La malade est amenée à l'hôpital le 4 mars 1855. Dilacération de l'anneau par la méthode au moyen du doigt, position indiquée; administration d'un purgatif; rétablissement du cours normal des fèces; cessation des vomissements, application d'un brayer; sort guérie le 12 mars suivant.

Il restait chez cette femme, au-devant de l'anneau élargi, une masse molle, irréductible d'une manière complète, qui n'est autre évidemment que le sac dilaté par les viscères qu'il avait contenus.

Obs. IV [1]. *Hernie inguinale droite étranglée.* N..., Ange, soixante ans, voiturier, sanguin, porteur d'une hernie inguinale droite depuis huit ans, entre à l'hôpital, le vendredi 31 mars de cette année, à onze heures du matin.

L'avant-veille de son accident, mercredi 29, pendant qu'il soulevait un bloc de pierre, son bandage se brise et l'intestin sort violemment de la cavité abdominale. Quoiqu'il se trouvât alors à une lieue de la ville, il put retourner chez lui à pied. Le lendemain, le médecin qu'il appela ne fit que quelques efforts de taxis, et, le cas lui paraissant grave, il l'envoya à l'hôpital Saint-Pierre.

A son entrée, on constate tous les signes d'une hernie inguinale volumineuse, engouée; on reconnaît aisément qu'elle contient des gaz, des liquides, des matières fécales.

Plusieurs tentatives de taxis sont faites immédiatement et renouvelées pendant et après un bain chaud prolongé : le tout inutilement.

M. le docteur Joly, mandé vers une heure, fit, pendant trente minutes, des tentatives infructueuses; le soir, nouveaux essais, également sans résultat autre que la diminution de la tumeur.

Prescription : Position; embrocations mercurielles belladonées, lavements.

Tous les signes de l'engouement persistent; il survient du hoquet. Le lendemain, le malade a peu dormi; persistance du hoquet et des autres signes de l'engouement; la tumeur est très-douloureuse.

Cependant, dès la veille, nous avions constaté la possibilité de l'introduction du doigt entre l'anneau et la hernie, et nous avions la prévision presque cer-

---

(1) Gazette médicale de Liége, 1854, nº 9, page 208.

aine que M. Seutin réussirait à faire rentrer l'intestin sans instrument tranchant.

Tout était préparé pour l'opération : MM. Graux et Joly s'étaient énergiquement prononcés contre toute tentative ultérieure de taxis, quand M. Seutin demanda à faire quelques essais. M. Graux s'opposa à la demande de M. Seutin, mais trop tard : M. Seutin avait constaté la possibilité de l'introduction du doigt, et, pour lui, la réussite était certaine. Aussi prévient-il les nombreux élèves présents à l'opération de tout ce qui va se passer.

— *Le doigt est dans l'anneau, écoutez !* dit-il. Un bruit de craquement et de déchirement se fait entendre; il est perçu par les élèves qui l'entouraient. M. Graux a à peine le temps de constater qu'autre chose est de déchirer l'anneau, autre chose de faire rentrer l'intestin, déjà l'opération est achevée : la hernie est rentrée, au grand étonnement de M. le professeur Graux, *qui attendra*, nous dit-il, *M. Seutin, le lendemain à la même heure, au lit du moribond.*

Prescription : Un lavement; frictions sur l'abdomen avec de l'eau vinaigrée; bandage de corps.

Deux heures après, le malade était levé. Deux jours plus tard, il sortait de l'hôpital, sans que le moindre accident fût venu confirmer les craintes de M. Graux sur les dangers de cette opération.

Obs. V. *Hernie inguinale engouée, recueillie par M. le docteur Anten, d'Ans.* M. le docteur Anten, d'Ans, est appelé, avec son estimable confrère, M. le docteur Servais, d'Othée, chez le sieur D. F... Il s'agissait d'une hernie inguinale ancienne qui n'avait jamais été contenue, et qui, depuis quelques jours, était fortement engouée. Des vomissements, le hoquet, la constipation complète, l'impuissance des purgatifs, dénotaient que le cours des matières intestinales était interrompu et qu'il devenait urgent de lever l'obstacle par des moyens mécaniques. Au lieu de s'arrêter au taxis forcé ou prolongé, avec ou sans les mille ressources accessoires recommandées habituellement dans ces circonstances par tous les classiques, MM. Anten et Servais résolurent d'essayer incontinent le nouveau procédé de M. Seutin que nous venions de publier. Le docteur Anten insinua lentement un doigt entre le paquet intestinal hernié, qui emplissait tout le scrotum et l'anneau inguinal. Lorsque son doigt fut parvenu assez profondément, l'opérateur le recourba en crochet et agrandit *facilement*, sans grands efforts, nous dit-il, l'ouverture inguinale; un bruit léger de craquement se fit entendre, et la réduction de la hernie n'offrit plus la moindre difficulté. Le malade n'éprouva aucun accident et il est aujourd'hui parfaitement guéri.

Nous avons pensé que ce fait méritait d'être cité; il vient confirmer les essais de M. Seutin et répondre au vœu que nous formions naguère de voir soumettre, le plus tôt possible, à une sage expérimentation, le procédé du chirurgien de Bruxelles, afin de pouvoir bientôt juger des services qu'il peut être appelé à rendre dans les diverses classes de la société.

Nous remercions M. Anten de sa communication et nous le félicitons sincèrement d'avoir été le *premier*, avec M. Servais, à appliquer, dans la province de Liége, le nouveau procédé de M. Seutin. (Gazette médicale de Liége.)

Obs. VI. *Hernie inguinale engouée, recueillie par M. le docteur Ossieurs, de Roulers.* Le 19 août dernier, nous fûmes appelé par un confrère qui habite un village voisin, M. Malisse, de Rumbeeke, à visiter le nommé P..., Jacques, bobineur. Cet homme, âgé de cinquante-deux ans, d'une constitution mauvaise, ruinée par la misère, d'un tempérament lymphatico-bilieux avec prédo-

minance de ce dernier élément, est sujet à des douleurs abdominales qui paraissent dues à l'existence d'une hernie inguinale droite, mal contenue par un mauvais brayer. La hernie, qui date de plus de dix ans, est réductible et cède toujours avec facilité aux tentatives de taxis pratiquées par le malade lui-même. Le 19 août cependant, sortie depuis un certain temps qui n'a pu être précisé, elle est devenue le siége de douleurs d'abord légères, puis augmentant graduellement en intensité et restée irréduite. A mon arrivée près du malade, quarante heures s'étaient écoulées depuis que la tumeur herniaire était devenue douloureuse. Des tentatives réitérées de réduction avaient été faites, des purgatifs avaient été administrés. Entéro-épiplocèle tendue, douloureuse au toucher; constipation opiniâtre; nausées, vomissements bilieux fréquents; hoquet; ventre souple; langue humide; facies tiré, exprimant la souffrance et l'anxiété; pouls petit et concentré; tendance à la syncope, tels sont les principaux symptômes qui s'offrirent à notre examen. Nous crûmes devoir insister sur les manœuvres de réduction; un taxis méthodique et prolongé pendant vingt minutes environ n'amena d'autre résultat que de diminuer faiblement et dès les premières tentatives la tumeur herniaire qui emplissait le scrotum. Le malade, à qui on avait déjà laissé entrevoir qu'une opération sanglante deviendrait peut-être nécessaire, était fortement agité et ne cessait de répéter qu'il mourrait s'il n'était immédiatement soulagé. Las de recourir au taxis infructueux et fatigant pour le malade, j'allais me retirer et prescrire des sangsues, des fomentations de belladone et surtout des lavements plombiques, dont nous avions obtenu récemment un nouveau succès, quand il me vint à l'idée d'essayer le procédé de M. Seutin, c'est-à-dire le déchirement à l'aide du doigt introduit dans le canal inguinal et sans opération préalable de l'anneau fibreux déterminant l'étranglement. Sans faire part au malade de mon projet, je cherchai, placé du côté droit du lit, à introduire le bout de l'index droit dans l'anneau. Cette manœuvre me parut d'abord impossible à exécuter, car la constriction de l'anneau était forte, au point que sa lumière ne pouvait avoir le diamètre d'une plume à écrire. Cependant, en insinuant lentement et graduellement le bout du doigt, je finis par y parvenir, mais non sans avoir fait éprouver d'assez vives souffrances au malade. Le doigt introduit dans le canal y fut maintenu pendant quelques minutes, tant pour fatiguer l'anneau fibreux qui l'étreignait fortement, que pour donner quelque répit au blessé, naturellement assez sensible; je le recourbai ensuite fortement en crochet et je sentis l'anneau céder. Je n'entendis, pas plus que les assistants, le bruit de craquement qui paraît avoir été perçu dans le petit nombre d'opérations analogues publiées jusqu'ici. La réduction se fit immédiatement et avec la plus grande facilité. Le diamètre de l'anneau ayant été fortement élargi, le malade se sentit aussi immédiatement soulagé. Une dose moyenne d'huile de ricin amena des selles pendant le courant de la journée; tous les symptômes morbides disparurent, à part quelques tiraillements du ventre, auxquels le malade est d'ailleurs depuis longtemps sujet; en un mot, l'opération ne fut suivie d'aucun accident. Peu de jours après, le patient, que j'eus occasion de revoir, se plaignait encore de coliques venteuses, ce qui ne doit pas surprendre, attendu que, lorsque je le vis, le bandage fort défectueux dont il a été parlé plus haut se trouvait encore appliqué, malgré la présence d'une tumeur herniaire qui s'était reproduite à travers l'anneau inguinal largement dilaté. Je suis persuadé qu'un brayer convenable préviendra sûrement tous les accidents auxquels, sans cela, l'individu restera exposé.

Obs. VII. *Hernie inguinale engouée.* Emile S..., peintre décorateur, âgé de

trente et un ans, d'une constitution sèche et bilieuse, portait depuis deux ans et demi, et sans encombre jusqu'ici, une hernie inguinale droite, lorsque, le 18 juillet dernier, étant au bain, il fut pris tout à coup de tiraillements douloureux dans l'aine droite, de coliques abdominales et de vomissements stercoraux. Transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Pierre, il fut soumis par M. Seutin à l'opération de l'éraillement du canal inguinal. L'indicateur droit introduit de bas en haut dans l'anneau, l'opérateur accrocha le pilier externe, et, après un instant de traction assez forte, il le sentit céder, et le bruit produit par la déchirure de ces fibres aponévrotiques fut perçu parfaitement par tous les assistants. Le malade ressentit une espèce de bruissement et en éprouva aussitôt un sentiment de bien-être, surtout quand on lui annonça que l'obstacle était levé. La hernie se réduisit avec la plus grande facilité, et chacun put, au moyen du doigt, constater l'agrandissement de l'anneau inguinal et l'impossibilité d'un nouvel étranglement.

Le bandage fut réappliqué, et, après quelque temps de repos, le malade fut en état de regagner seul son domicile.

Les jours suivants se passèrent sans accidents ; le sieur S... continua de vaquer à ses occupations habituelles, et le 15 août, époque à laquelle nous avons revu le malade, après un mois d'expérience, nous avons retrouvé l'anneau largement dilaté, laissant facilement sortir et rentrer la hernie et ne causant au malade ni douleurs ni inconvénients. Ce fait n'a pas besoin de commentaires ; il est positif ; tous les élèves qui suivent ma clinique en ont été témoins comme de celui de l'observation IV.

Obs. VIII. *Hernie crurale étranglée, recueillie par M. le docteur Schuermans.* La dame X..., âgée de soixante-huit ans, d'une constitution débile, porte une hernie crurale droite depuis longtemps. Dans la nuit du 23 au 24 février 1855, elle est prise de vomissements et de coliques très-vives. Dans la matinée du 24, on constate la sortie de l'intestin. On tente vainement à plusieurs reprises de réduire la tumeur. Vers les trois heures de relevée, les symptômes deviennent alarmants : vomissements stercoraux ; ballonnement de l'abdomen considérable ; face grippée ; voix affaiblie ; peau froide ; pouls petit, irrégulier ; anxiété ; syncopes. La tumeur, de la forme d'un marron, est dure, rénitente et douloureuse au toucher. M. Seutin est mandé. Voyant que le taxis ordinaire ne peut replacer dans l'abdomen l'intestin étranglé, il insinue l'indicateur droit entre l'intestin et l'anneau qui le resserre, et après quelques efforts il le déchire, ce que l'on entend à un bruit sec, que les mots *crac crac* rendent très-bien ; la réduction se fait aussitôt. En introduisant l'indicateur dans l'anneau aponévrotique du *fascia cribriformis*, lequel étrangle presque toujours l'intestin, on sent très-bien les bords frangés, indice qu'il a été lacéré.

Les suites de ce nouveau procédé de réduction furent des plus heureuses. Pas de trace de péritonite ; seulement une entérite, caractérisée par la diarrhée et des douleurs sourdes abdominales, se manifesta le lendemain, mais elle disparut aisément par l'emploi des émollients et de la diète.

Obs. IX. *Hernie inguinale engouée, recueillie par M. le docteur Van Hoeter.* André V..., âgé de quatre-vingt-trois ans, pensionnaire à l'Hospice de l'Infirmerie, est atteint de hernie inguinale droite depuis environ quarante ans. Dans le courant de juin 1854, engouement de la hernie, qui présente la grosseur de la tête d'un fœtus, réduction impossible, suppression des selles, hoquet sans vomissements, etc. Ces symptômes datent de deux jours. Je résolus de mettre en pratique la nouvelle méthode de M. Seutin : le malade couché horizontale-

ment, les genoux fléchis, les cuisses écartées, je fis des efforts plus ou moins prolongés pour introduire l'index droit dans l'anneau inguinal. Au bout de peu d'instants j'y parvins, non sans éprouver quelques difficultés. Je fléchis la phalange en forme de crochet et soulevai fortement le bord antérieur de l'anneau. Le malade ressent, en même temps que moi, un craquement dans cette partie qui se propagea jusqu'aux lombes. Je retirai le doigt et fus assez heureux pour pouvoir réduire la hernie sans être obligé de recourir à une opération sanglante. Depuis un an que j'ai eu occasion de surveiller ce malade, il ne lui est plus survenu d'engouement, et lorsque la hernie devient trop volumineuse, il n'a besoin que de se coucher pour la faire rentrer sans difficulté à travers l'anneau, qui est assez large pour permettre l'introduction de deux doigts.

Obs. X. *Recueillie par M. le docteur Deladrière.* Le nommé Pierre O..., garçon fermier, âgé de vingt-sept ans, d'une constitution forte et pléthorique, fut atteint, il y a deux ans, d'un coup de pied de cheval dans la région inguinale droite. A la suite de cet accident, il conserva une hernie scrotale facilement réductible, mais qui se reproduisait avec assez de facilité, surtout lorsqu'il se livrait aux fatigues inhérentes à sa profession. Plusieurs fois en deux années je fus appelé à réduire cette hernie, qui, chaque fois plus volumineuse, exigeait un taxis plus long avec l'emploi d'une force plus grande. Enfin, le 25 mai dernier, appelé en toute hâte pour le même accident, je constatai une hernie beaucoup plus volumineuse et que les efforts de vomissement tendaient encore à aggraver. Comme d'habitude, j'essayai le taxis méthodiquement forcé et prolongé ; moins heureux cette fois, je dus suspendre après une heure de travail et mettre le malade au bain. Deux heures après, la hernie, plus tendue et plus douloureuse, offrit la même résistance à mes nouveaux efforts. Application de sangsues, frictions mercurielles belladonées, bains, lavements, position, etc. Prévoyant l'impossibilité d'une réduction, le malade devenant toujours de plus en plus accablé, je mandai M. Seutin, dont je connaissais le procédé. A son arrivée, nous pratiquâmes de nouveau le taxis, mais sans aucun résultat, bien qu'il fût suffisamment prolongé. C'est alors seulement que M. Seutin résolut de tenter la déchirure de l'anneau. A cet effet, ayant malaxé les ligaments pendant quelques minutes, il parvint, non sans peine, à introduire l'extrémité du doigt indicateur dans l'ouverture de l'anneau, qu'il déchira du côté externe, comme on put s'en convaincre par le craquement qui se fit entendre et l'introduction beaucoup plus facile du doigt. Le taxis, recommencé, n'amena de résultat aucun. Le doigt introduit une seconde fois dans l'ouverture de l'anneau, M. Seutin le circonscrivit de la partie externe vers la partie interne, où, rencontrant une nouvelle résistance, il parvint à s'en rendre maître en pratiquant une deuxième déchirure. Nous recommençâmes le taxis, et, après un demi-quart d'heure d'efforts, nous fûmes assez heureux pour obtenir la réduction complète de cette grave et volumineuse hernie. L'opération faite, nous pûmes facilement introduire dans l'anneau déchiré l'indicateur et le médius réunis. L'inflammation péritonéale qui survint ensuite fut combattue par la méthode antiphlogistique, et aujourd'hui nous avons la satisfaction d'avoir conservé un homme jeune et robuste à sa famille, se livrant, comme par le passé, aux rudes travaux de la campagne.

Comme on le voit, j'ai publié peu d'observations qui me sont propres : j'ai préféré laisser parler les faits recueillis par d'autres,

ils ne pourront être contestés. Puissent les praticiens éloignés de toute prévention suivre leur exemple et mes conseils; ils trouveront leur récompense dans le bien qu'ils feront à l'humanité et dans les progrès qu'ils feront faire à la pratique et à la science! Voilà mon vœu le plus sincère.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Notice sur les bains sulfureux artificiels. — Du bain de sulfure de sodium.

Par M. Soubeiran, professeur à la Faculté de médecine

A Paris, le médecin praticien qui prescrit un bain sulfureux et qui n'en fixe pas rigoureusement la composition dans une formule ne peut savoir ce qui sera délivré à son malade. Il abandonne à l'initiative du pharmacien le choix entre les différents sulfures alcalins et la détermination de leur dose. Que si le malade, redoutant pour son logement la mauvaise odeur et les effets destructifs des vapeurs sulfureuses sur les métaux, va demander un bain dans l'un des établissements publics, la nature et la force du bain sulfureux seront plus incertaines encore.

La présente notice a pour objet de signaler un état de choses dont on ne paraît pas se douter. Elle ne sera pas sans utilité si elle peut engager les médecins à formuler pour chaque malade la composition du bain sulfureux qu'ils entendent prescrire. Pour rendre ce travail plus généralement profitable je ne craindrai pas d'y rapporter des faits qui ne sont pas tous nouveaux; cette répétition ne pouvant nuire aux personnes qui les connaissent et devant profiter à celles qui les ignorent.

La difficulté d'envoyer les malades en toutes saisons dans les établissements alimentés par des sources sulfureuses naturelles, et l'impossibilité où sont certaines personnes de s'y rendre jamais, à cause du temps qui leur manque ou de la dépense qu'elles ne peuvent faire, ont fait naître depuis longtemps l'idée d'y suppléer par l'emploi de bains artificiels contenant un principe hépatique analogue à celui des eaux naturelles. Bergmann paraît être le premier qui ait tenté cette imitation; il opérait en faisant dissoudre dans l'eau du gaz hydrogène sulfuré. Le professeur Leroy de Montpellier avait fait cette même proposition en 1778; mais ce n'est guère qu'au commencement de ce siècle que l'usage des bains sulfureux s'est répandu. Plenck en 1802 donna une formule pour les

préparer. Cependant Tryare et Jurine, en fondant l'établissement de Tivoli et en appelant la Société de médecine de Paris à faire un rapport sur cet établissement (1808), ont surtout contribué à vulgariser dans la pratique l'emploi des bains sulfureux artificiels. La discussion qui s'éleva à cette époque entre eux et MM. Boullay et Planche contribua pour sa part à donner du retentissement à cette innovation.

La prétention de ceux qui ont composé des bains artificiels a toujours été de se rapprocher le plus possible de la composition des eaux sulfureuses naturelles; et comme celles-ci étaient mal connues et que la distinction entre les divers composés hépatiques n'était pas elle-même fort bien établie, il en est résulté des formules qui ont varié suivant l'opinion qui régnait pour le moment sur la nature du principe minéralisateur. Bien que la plupart de ces formules soient loin de tenir ce qu'elles promettaient, cependant elles sont restées dans la pratique, où leur emploi est livré à l'arbitraire le plus complet. Bains de monosulfure de sodium, bains de foie de soufre potassique, bains de foie de soufre sodique ou calcique, à des degrés divers de sulfuration, avec ou sans addition d'acide, c'est-à-dire avec ou sans gaz sulfhydrique, avec ou sans dépôt de soufre hydrogéné, tout cela aux doses les plus différentes est délivré d'après le caprice du malade et la fantaisie du vendeur, ou suivant le profit que celui-ci trouve à faire porter la préférence sur l'un ou sur l'autre composé. Il serait bien temps que les médecins, qui seuls ont le pouvoir de réformer un tel abus, se déterminassent à fixer rigoureusement et pour chaque cas particulier la composition des bains sulfureux dont leurs malades doivent faire usage.

Du bain de sulfure de sodium. — Le sulfure de sodium est le principal agent minéralisateur des eaux des Pyrénées: c'est le sulfure correspondant à la soude; on l'appelle monosulfure de sodium, sulfure sodique. Tel qu'on le prend pour l'usage de la médecine, il contient neuf équivalents d'eau et ne renferme que le tiers de son poids de sulfure de sodium réel. Sa dissolution dans l'eau est incolore et possède l'odeur et la saveur hépatiques à un moindre degré que les dissolutions d'hydrogène sulfuré. Il s'altère rapidement au contact de l'air; l'acide carbonique en dégage un peu d'hydrogène sulfuré; l'oxygène oxyde le sodium et le soufre; il se fait du polysulfure de sodium et de l'hyposulfite de soude; si l'action se prolonge, le sulfure disparaît complétement.

Après ses beaux travaux sur les eaux des Pyrénées, Anglada a parfaitement établi le premier, que, parmi les eaux artificielles, celle qui a été préparée avec le monosulfure de sodium a seule une ana-

logie prochaine de composition avec les sources naturelles de la chaîne des Pyrénées. On est bien forcé de reconnaître avec lui que si l'on veut faire quelque chose qui leur ressemble, ce n'est qu'au monosulfure de sodium que l'on peut avoir recours.

La composition des eaux naturelles sulfureuses et celle des eaux artificielles n'est certes pas la même, et leurs propriétés médicinales ne peuvent pas non plus être identiques; mais certainement, à l'analogie de composition doit correspondre une certaine analogie dans l'action médicamenteuse. Je n'ai pas la prétention de rechercher ici quels peuvent être ces rapports, mais je puis bien dire que l'on n'a à peu près rien fait pour les reconnaître. Qu'on laisse un moment à l'écart les avantages qui résultent pour le malade du séjour dans un air vif et pur, où l'exercice devient une obligation, où les préoccupations d'affaires sont oubliées, dans lequel la réputation justement acquise des eaux inspire confiance et sécurité, tous avantages qu'on ne peut guère se procurer pendant l'usage des eaux artificielles; il sera permis de croire qu'on aurait pu tirer de celles-ci un parti plus avantageux qu'on ne l'a fait, en se mettant dans des conditions d'administration plus semblables à celles dont usent les médecins qui résident auprès des sources naturelles. Au lieu de prescrire un bain toujours identique, que l'on veuille profiter des différences d'effets qui résultent de l'usage d'une eau plus ou moins faible, plus chaude ou plus froide, ou du séjour longtemps prolongé du malade dans le bain; qu'à la place de l'ingestion timide de quelques cuillerées, rarement d'un à deux verres d'une eau sulfureuse froide, on l'abreuve comme on le fait aux sources naturelles avec de grandes et nombreuses verrées d'une eau sulfureuse factice à 30 ou 40 degrés; qu'on le soumette aux effets d'un séjour prolongé dans une atmosphère chargée d'émanations sulfureuses et qu'on varie l'emploi de ces eaux sous toutes les formes d'irrigations et de douches, alors seulement on saura ce qu'il est possible de tirer de bon des eaux artificielles et l'on sera en mesure d'établir une comparaison équitable. Restera toujours la difficile question des effets spécifiques des eaux de chaque localité. A Baréges, on traite avec plus de succès les maladies des os et les vieilles plaies ulcérées; Moligt est supérieur pour les dartres; Bagnères-de-Luchon pour les maladies de la peau et de la poitrine. On envoie de préférence à Saint-Sauveur et à Cauterets les malades tourmentés par des affections nerveuses; La Preste est sans égal pour les maladies des voies urinaires, etc.

Ces différences se comprennent, puisque toutes les sources ne sont pas identiques. Elles diffèrent entre elles par la température, par la

proportion du principe sulfureux, par leur alcalinité, par une quantité plus ou moins grande de silice, de matière organique et aussi par l'absence ou la présence des hyposulfites; mais les différences dans le mode d'action sont-elles aussi grandes qu'on l'a dit. Après avoir visité presque tous les établissements des Pyrénées et avoir causé sourees avec plusieurs des médecins qui y pratiquent, je me suis laissé allé à croire avec plusieurs d'entre eux que ees distinctions ont été exagérées; qu'elles tiennent souvent au médeein autant qu'à l'eau elle-même; et que dans un établissement où les sources sont abondantes, variées dans leur sulfuration, variées dans leur température, variées aussi dans leur composition, un médecin intelligent peut réunir tous les effets spéciaux que la renommée attribue plus partieulièrement à telle ou telle localité. Toutefois ces réputations aujourd'hui acquises se conserveront longtemps, et je ne conseillerais pas au praticien des villes de les oublier dans le ehoix qu'il fera pour ses malades. A Saint-Sauveur ou à Cauterets où l'on voit arriver les maladies nerveuses, à La Preste qui appelle les maladies des reins, à Bonnes et à Luchon où l'on voit surtout les maladies de poitrine, les médecins qui y séjournent ont acquis, dans l'application des eaux à ces affeetions spéciales, une expérienee et une habileté qui, dans des eas pareils, pourraient faire défaut à leurs eonfrères.

Pour en revenir aux bains préparés avec le sulfure de sodium, ils sont les seuls qui méritent de conserver le nom de bains de Baréges artifieiels; mais cette dénomination est si généralement appliquée aujourd'hui à des bains de toute autre composition, qu'il vaudra mieux s'abstenir d'en faire usage et les nommer bains de sulfure de sodium.

Pour la préparation de ces bains, Anglada a publié une formule qui correspond à la moyenne de sulfuration des diverses sources des Pyrénées; la voici :

Pr. Sulfure de sodium cristallisé (hydrosulfate)......	32 grammes.
Carbonate de soude cristallisé......	42 grammes.
Sulfate de soude............................	16 grammes.
Chloruré de sodium..........................	5 grammes.
Eau	200 litres.

M. Félix Boudet, en se basant sur un résultat d'évaporation d'eau de Baréges fait à Paris, a cru devoir modifier ainsi la formule d'Anglada :

Pr. Sulfure de sodium cristallisé..................	42 grammes.
Carbonate de soude cristallisé..................	18 grammes.
Chlorure de sodium............................	3 grammes.
Eau...	200 litres.

Le Codex, à son tour, a donné une formule générale où, pour plus de simplicité, il a égalisé les doses de sulfure de sodium, de carbonate de soude et de sel marin.

Pr.	Sulfure de sodium........................	42 grammes.
	Carbonate de soude cristallisé..............	42 grammes.
	Sel marin..................................	42 grammes.
	Eau..	200 litres,

Dans la formule d'Anglada, la sulfuration n'égale pas tout à fait celle de la grande douche de Baréges, la source la plus sulfureuse de cette localité; la formule de M. Boudet et celle du Codex atteignent presque la sulfuration de la source de Bayen, à Bagnères-de-Luchon, l'une des plus sulfureuses de toute la chaîne des Pyrénées. C'est au médecin qu'il appartient de fixer la proportion du principe sulfuré chaque fois qu'il prescrit un bain de cette nature.

Quand le malade entre dans un bain de sulfure de sodium et qu'il y reste en repos, la perte de sulfuration pendant son séjour ne s'élève pas bien haut. Un bain fait avec 44 grammes de sulfure de sodium cristallisé et qui détruisait au moment de sa préparation 264 milligrammes d'iode par litre (=0gr.,081 sulfure de sodium sec), au bout d'une heure, à la sortie, n'avait perdu qu'un sixième. Il absorbait encore 232 milligrammes d'iode par litre. Je ne rapporte que cet exemple, parce que la désulfuration varie chaque fois et augmente un peu quand on prend le bain plus chaud. Pendant cette altération, il se fait quelque peu d'hyposulfite, bien peu, car si l'on commence l'essai en détruisant tout le sulfure de sodium par l'agitation avec du sulfate neutre de zinc, on voit que la liqueur ne peut ensuite faire disparaître que quelques gouttes de la dissolution d'iode.

Dans ces expériences comme dans toutes celles du même genre dont je parlerai, je me suis servi de la liqueur normale suivant la formule du professeur Filhol : Pr. : iode pur, 20 grammes; iodure de potassium pur, 25 grammes; eau, suffisante quantité pour un litre. Toutes les fois que le bain contenait en même temps du sulfure et du carbonate alcalin, j'ai toujours détruit ce dernier, avant l'essai sulfhydrométrique, par une addition de chlorure de baryum.

Bien qu'on ne soit pas dans l'habitude d'ajouter un acide au bain de monosulfure de sodium, j'ai voulu savoir quelle serait son influence sur la conservation et sur les effets du bain.

44 grammes de sulfure de sodium cristallisé ayant été dissous dans un bain (*il prenait à ce moment 253 milligrammes d'iode par litre*), j'ai fait dissoudre alors, en les promenant dans l'eau du bain,

14 grammes d'acide tartrique, c'est-à-dire la quantité nécessaire pour décomposer la moitié du sulfure et transformer l'autre moitié en sulfure double de sodium et d'hydrogène (bihydrosulfate de soude). Le bain essayé à ce moment ne prenait plus que 219 milligrammes d'iode par litre. Il avait perdu près du sixième de son soufre, qui s'était répandu dans l'atmosphère de la chambre sous la forme de gaz hydrogène sulfuré.

Pendant une heure la perte augmenta un peu ; la proportion d'iode absorbée n'était plus que de 202 milligrammes ; le bain avait perdu un cinquième de sa force sulfureuse. Ici encore, comme il arrive avec tous les bains sulfureux, la perte est plus forte si la température du bain est très-élevée.

J'ai préparé un autre bain avec 44 grammes de sulfure de sodium cristallisé et j'ai ajouté 28 grammes d'acide tartrique, de manière à détruire tout le sulfure et à le transformer tout entier en hydrogène sulfuré. J'ai opéré exactement comme dans l'expérience précédente, de manière à ce que la libération du gaz hydrogène sulfuré fût lente et progressive. Cette fois j'avais un bain constitué par une dissolution d'hydrogène sulfuré et non par du sulfure alcalin. Il arriva alors que la perte du principe sulfuré fut plus forte. Le bain, qui prenait 254 milligrammes d'iode par litre à l'entrée, n'en prenait plus que 202 milligrammes après l'addition de l'acide, et après une heure la quantité d'iode absorbée était réduite à 196 milligrammes.

Le bain qui contient l'hydrogène sulfuré en dissolution est celui qui a l'action la plus vive sur la peau. Chaque fois que j'y ai eu recours, j'ai éprouvé un sentiment de chaleur et de cuisson que je n'ai jamais ressenti au même degré avec les bains de sulfure alcalin. Il est bon d'en tenir compte.

Dans l'usage des bains où l'on a ajouté de l'acide, il faut aussi prendre en grande considération que l'air de la chambre se charge d'une plus forte proportion d'hydrogène sulfuré, lequel agit directement sur l'organe pulmonaire et peut ajouter aux effets médicamenteux, sans que l'on *ait à redouter jamais aucun accident d'asphyxie.*

L'introduction lente d'un acide solide dans l'eau de la baignoire, suivant le procédé que j'ai indiqué, entraîne une décomposition plus régulière et une dissolution plus certaine du gaz, que si l'on versait un acide liquide à la surface du bain, comme on a la mauvaise habitude de le faire.

Par économie on peut substituer le bisulfate de potasse à l'acide tartrique, en augmentant notablement sa proportion.

(*La suite au prochain numéro.*)

Caractères généraux de la glycérine officinale.

Dans notre dernier numéro, nous avons cherché à mettre les praticiens en garde contre les mécomptes qui proviendraient des glycérines mal préparées. Voici, d'après M. Cap, qui s'est occupé avec tant de persévérance et de sagacité du côté chimique de la question, les caractères généraux que doit posséder la glycérine officinale, c'est-à-dire parfaitement propre aux usages de la médecine :

Elle doit être sans odeur appréciable, même lorsqu'on en met une goutte dans le creux de la main et qu'on la frotte avec l'autre main.

Sa consistance doit être celle d'un sirop épais. Elle doit donner, au *minimum*, 28° au pèse-sirop, à la température de 10° centigr. Pour lui conserver cette consistance, il faut la renfermer dans des flacons bien bouchés, car elle est un peu hygrométrique.

Sa couleur est, sinon absolument incolore, tout au plus légèrement ambrée et semblable à celle de l'huile d'amandes douces.

Sa saveur est franchement sucrée, analogue à celle du sirop de miel.

Elle doit être presque sans action sur la teinture de tournesol et sur le sirop de violette.

Un volume de glycérine doit se dissoudre complétement dans un volume d'alcool acidulé d'un centième d'acide sulfurique, sans donner lieu à aucun dépôt, même après douze heures. Le dépôt qui se formerait serait proportionnel à la quantité de chaux que contiendrait la glycérine.

Un volume de glycérine doit se dissoudre complétement dans deux volumes d'alcool éthéré à 43° (alcool, 100 p.; éther, 50 p.), sans rien laisser déposer après douze heures de contact. S'il s'y formait un dépôt grenu ou floconneux, il indiquerait la présence des sels de chaux.

Un résidu sirupeux montrerait l'addition à la glycérine d'un sirop de sucre, de miel ou de fécule, jusqu'à concurrence de 10 pour 100.

Au-dessous de cette proportion, la glycérine retient en dissolution les sirops qui lui sont ajoutés ; mais si l'on verse dans le mélange une goutte ou deux d'acide sulfurique, il se forme aussitôt un dépôt grenu blanc ; ce qui n'a pas lieu quand on agit de la même manière sur de la glycérine pure.

L'oxalate d'ammoniaque ne doit pas déceler plus de chaux dans la glycérine qu'il n'en signale dans l'eau de Seine qui sert à tous les usages domestiques. L'essai par l'alcool sulfurique suffit parfaitement pour cette constatation.

La glycérine étendue d'eau, et portée à l'ébullition avec un morceau de potasse caustique, ne doit pas éprouver d'altération dans sa couleur, mais elle ne tarde pas à se colorer si elle contient même un centième de glucose.

Acide urique ; mode de préparation au moyen du guano.

Suivant un article des Archives de pharmacie, le guano est la substance la plus économique d'où l'on puisse extraire l'acide urique. Voici comment on procède : on fait bouillir du guano avec un excès de lait de chaux jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de dégagement d'ammoniaque ; puis on ajoute de la potasse, et on le soumet de nouveau à l'ébullition jusqu'à ce que le produit filtré se présente sous forme d'un liquide clair et légèrement coloré en jaune. Les liquides filtrés sont ensuite précipités au moyen d'un excès d'acide chlorhydrique. Quelques heures après, on met le précipité sur un filtre, on le soumet à un lavage convenable et on le fait bouillir avec de l'acide chlorhydrique concentré, dans le but d'isoler la guanine. L'acide urique ainsi obtenu est de nouveau dissout dans la potasse, puis précipité au moyen de l'acide chlorhydrique ; après quoi il se présente dans un état de pureté parfaite.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Guérison rapide de l'herpès par un glycérolé de tannin.

Parmi les affections légères, une des plus ennuyeuses, des plus sujettes à récidive, et parfois des plus rebelles, est la prédisposition à l'*herpes præputialis*. Souvent on est consulté pour des cas de ce genre : chez certains sujets on obtient très-facilement une guérison complète, ou au moins une amélioration plus ou moins durable ; chez d'autres, ou l'amélioration n'est que passagère et à peine une éruption de vésicules herpétiques a-t-elle disparu qu'il en survient une nouvelle, ou bien l'affection se montre tout à fait rebelle. Dans un cas de cette dernière espèce, chez un jeune homme de vingt-huit ans, j'avais essayé successivement les lotions d'eau blanche avec interposition d'un peu de charpie entre le gland et le prépuce, les applications de vin aromatique, les lotions de sublimé, la fécule seule, puis mélangée de calomel. En dépit de toutes ces tentatives, la disposition herpétique, qui existait depuis deux ans, se jouait de mes efforts, et, après un traitement de six mois, je n'avais pu obtenir que des améliorations passagères. Il y a trois mois, je prescrivis une onction, matin et soir, avec le glycérolé suivant :

Pr.	Glycérine	40 grammes.
	Tannin	1 gramme.

Sous l'influence de ce traitement, qui est des plus simples et des plus inoffensifs, l'herpès disparut en deux jours et n'a pas reparu depuis. Deux fois encore, dans des cas récents, j'ai employé ce moyen, et la guérison a été aussi rapide que durable.

Docteur E. Vidal.

Action toxique du fruit du faux pistachier.

Plusieurs jeunes enfants, parmi lesquels se trouvait ma fille, furent pris de copieux vomissements, pour avoir mangé quelques fruits ronds à coques dures qu'ils avaient ramassés dans un parc, croyant avoir affaire à des noisettes sauvages. L'indisposition n'eut pas de suite, grâce à la diète et à une boisson gommée.

Le fruit auteur de cette indisposition est le *staphylea pinnata*, famille des rhamnées de Jussieu.

Quelques naturalistes, M. Guibourt est du nombre, disent qu'ils ont mangé de ce fruit sans en éprouver d'accidents. Lévis et Bourgeois en ont cependant signalé des effets fâcheux.

L'alcool à 40 degrés dissout dans ce fruit une matière particulière, qui, lorsqu'on la met sur la langue, propage son action irritante jusque dans la gorge ; on doit en conclure que c'est elle qui agit sur les enfants, et, que son action étant très-faible, elle est nulle chez l'homme. Stanislas Martin.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les eaux minérales des Pyrénées, de l'Allemagne, de la Belgique, de la Suisse et de la Savoie, par Jean-Pierre-Amédée Fontan (d'Izaourt), docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin consultant aux Pyrénées, chevalier de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

Lorsque nous avons à parler d'un livre qui traite de l'hydrologie dans ses rapports avec la médecine, à tort ou à raison, nous nous tenons toujours un peu en garde contre l'hyperbole thérapeutique ; ce n'est pas que nous nous défiions des médecins eux-mêmes, que nous supposons toujours incapables de trahir la vérité dont, au nom d'une science sacrée, ils se font les interprètes ; mais nous savons que, derrière eux, il y a une administration, dont les calculs intéressés peuvent parvenir à se faire jour dans les ouvrages les plus consciencieux, pour en altérer les résultats. La Société d'hydrologie

qui s'est constituée l'année dernière à Paris n'eût-elle que ce résultat, d'appeler la lumière de la publicité sur toutes les questions qui se rattachent à cette branche importante de l'art, et par là de faire antagonisme à cet esprit de mercantilisme étroit, qu'elle mériterait bien de la science. Cette Société, puisque nous trouvons l'occasion d'en dire un mot, atteindra encore immédiatement un autre but, ce sera d'exciter et d'entretenir parmi les médecins de nos établissements thermaux, auxquels de riches naïades accordent le bienfait de longs loisirs, une salutaire émulation. Parmi les médecins qui ont eu le bonheur d'entrer par cette porte d'ivoire dans le monde des réalités, il en est un bon nombre, il faut le reconnaître, qui, par leurs travaux, ont montré que la fortune soulève quelquefois son bandeau, avant de toucher ses élus de sa baguette magique. Mais il n'en est pas toujours ainsi, si nous en jugeons au moins par les résultats. Nous pourrions citer telles eaux qui attirent chaque année la clientèle la plus nombreuse et la plus riche, et dont le médecin principal paraît avoir beaucoup plus d'aptitude aux recherches dont on s'occupe dans les placers de la Californie, qu'aux études hydrologiques. Quand cette Société savante viendra à toucher à certaines questions, elle éveillera au moins des scrupules; et nous espérons que ces mandarins de première classe, trop discrets, ne fuiront pas la discussion, et rembourseront à la science ce qu'elle leur a si généreusement prêté. En ce qui nous touche personnellement, nous serons heureux, ce jour-là, de leur donner un reçu en bonne et due forme.

Ainsi est fait notre esprit, un peu vagabond de sa nature, qu'il saute souvent d'un extrême à l'autre; c'est cette habitude, bonne ou mauvaise, nous ne le rechercherons pas, qui, à propos du livre de M. Jean-Pierre-Amédée Fontan, nous a fait songer aux Hippocrates muets de certaines naïades. Celui-là, au moins, n'a pas fait une sinécure de sa position, officielle ou non, dans un des établissements thermaux les plus importants des Pyrénées; rien que le livre dont il s'agit en ce moment en fait foi. *Doctus in utroque jure*, M. le docteur Fontan a étudié les eaux diverses qu'il a observées, et comme chimiste, et comme médecin. Bien que, dans notre opinion, on puisse très-fructueusement s'occuper d'hydrologie médicale sans ce double titre, nul doute cependant que les connaissances spéciales de la chimie, quand on les possède suffisamment, ne soient très-propres à diriger plus sûrement le médecin dans ses délicates observations. Ce n'est un secret pour personne que M. Fontan, en même temps qu'il est un médecin instruit, est un chimiste habile. Si, par impossible, quelqu'un parmi nous l'ignorait encore, il suffirait de

lire l'ouvrage dont il s'agit en ce moment pour que tout doute à cet égard cessât.

Même dans les recherches dont la chimie est l'instrument entre les mains exercées de M. Fontan, le médecin domine toujours, et leur imprime un cachet spécial. C'est ainsi que l'auteur, tout en constatant une très-grande analogie dans un certain nombre de sources, en tant qu'il s'agit de leurs principes minéralisateurs, ne laisse pas que de les distinguer cependant, parce qu'elles perdent toute apparence d'identité en face du réactif de l'organisme vivant. En étudiant avec attention l'ouvrage de M. le docteur Fontan, les médecins y trouveront, à cet égard, des enseignements précieux ; ils y verront qu'en allant au delà des vagues notions qui ont cours dans le monde médical sur les propriétés générales de telles ou telles eaux, il y a des indications fournies par une expérience attentive qui en limitent, enles précisant davantage, les utiles applications. Les connaissances étendues de l'auteur, en matière d'analyses chimiques, l'ont conduit encore à bien d'autres résultats importants sur l'aménagement des eaux, sur leur point de départ dans le sein de la terre, sur l'influence qu'exerce sur leur composition les terrains de formation diverse qu'elles traversent, etc., etc. Mais nous en avons dit assez sur ce point pour piquer la curiosité de nos lecteurs ; nous nous hâtons d'en venir à ce qu'ils demandent surtout à un ouvrage d'hydrologie médicale, c'est à savoir les résultats originaux de l'expérience thérapeutique.

Nous l'avons dit, M. le docteur Fontan ne flatte pas, comme un amant aveugle ou intéressé, les naïades dans le commerce desquelles il vit : il leur dit franchement et loyalement la vérité. Pour votre propre édification, et comme exemple bon à suivre pour quelques-uns peut-être, je vous citerai un court paragraphe de son livre, où cette indépendance, ce libéralisme hydrologique sont traduits dans une très-heureuse expression. « Il faut, dit notre auteur, noter avec autant de soin les malades qui se trouvent mal des eaux, que ceux qui s'en trouvent bien ; non-seulement dans l'intérêt des malades et de la vérité, mais aussi dans celui des établissements thermaux. Un malade qui se trouve mal d'une eau fait plus de mal à un établissement que dix qui sont guéris ne lui font de bien : la douleur crie, la reconnaissance se tait. » Il y a peut-être un peu de misanthropie dans ce mot, mais on ne peut disconvenir qu'il ne contienne quelque chose de vrai, même en deçà des eaux thermales.

Dans le présent livre, qui n'est, nous l'espérons, que les prolégomènes d'un ouvrage plus étendu, M. Fontan ne fait que raconter

succinctement un certain nombre de faits qui établissent l'efficacité spéciale des eaux de Luchon ; ces faits sont relatifs à la syphilis constitutionnelle, au rhumatisme chronique, à diverses maladies de la peau, de la muqueuse gastro-intestinale, à plusieurs lésions graves de l'utérus, à la stérilité qui paraît en avoir été la conséquence. Tous ces faits sont extrêmement intéressants et acquièrent, sous la plume loyale de notre savant confrère, une valeur qui mérite de fixer au plus haut degré l'attention du médecin sérieux. Çà et là, dans son livre, M. Fontan a esquissé une sorte de théorie des maladies chroniques. Dans son opinion, la plupart de ces maladies sont l'expression plus ou moins retardée par les accidents de la vie d'états généraux, dont les principaux sont le syphilisme, l'herpétisme, le lymphatisme, le cancérisme, etc. C'est à lutter contre cette disposition générale de l'économie que sont appelées les eaux minérales, et principalement les eaux de Luchon. Au reste, M. Fontan ne paraît pas attacher beaucoup d'importance à cette conception, qui s'est plus d'une fois produite dans la science ; il paraît l'admettre surtout comme méthode de classification des états morbides : c'est une lueur dont il se sert pour se diriger dans la nuit des choses qu'il étudie. Quelle que soit d'ailleurs la légitimité de cette vue générale, elle a dirigé M. Fontan dans ses recherches, et c'est le résultat de celles-ci qui importe à la pratique. Or, ce résultat, nous le répétons, est extrêmement intéressant ; il nous paraît établir nettement l'efficacité des eaux de Luchon dans un certain nombre d'états morbides graves, dont des médications plus simples triompheraient difficilement. Une remarque que nous ferons encore, et elle montre sous un nouveau jour l'excellent esprit de M. Fontan, c'est qu'il ne pose point en principe l'infaillibilité des eaux qu'il applique ; il sait à cette médication mêler, dans une juste mesure, d'autres médications qui en assurent l'efficacité ; c'est ainsi, par exemple, que plus plus d'une fois nous le voyons faire succéder aux bains ou aux douches les antiphlogistiques purs, la saignée, les sangsues, les bains émollients, etc., et toujours le succès vient rapidement récompenser la prudence du médecin.

Nous n'avons fait que feuilleter à la hâte ce livre, plein de choses, nous n'en avons par conséquent fait qu'une appréciation incomplète ; mais l'auteur nous promet de compléter bientôt lui-même son intéressante publication ; nous l'imiterons, en ajournant nous-même ce que nous avons à en dire de plus.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Résultat de deux essais du nouveau mode de réduction des hernies étranglées, proposé par M. Seutin. — Lorsque ce procédé parut dans la Presse médicale belge, comme il se produisait seulement sous la garantie d'un des élèves du savant chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Pierre, nous avons hésité à le signaler à l'attention de nos lecteurs. Ce nouveau moyen de triompher de l'étranglement herniaire était très-simple et fort expéditif, il est vrai, mais il nous semblait qu'on agissait bien en aveugle. Toutefois, désireux de voir l'expérience confirmer l'assertion de l'auteur de la note publiée par le journal de médecine de Bruxelles, nous avons cherché à provoquer quelques essais; aucun des chirurgiens auxquels nous nous sommes adressés n'a consenti à mettre en pratique le procédé nouveau. Le mémoire, lu à la Société de médecine de Bruxelles par M. Seutin, mémoire que nous avons voulu mettre en entier sous les yeux de nos lecteurs, ne laisse plus de doute aujourd'hui sur la valeur de ces manœuvres; désireux toutefois de faire juger la facilité de l'exécution du mode de débridement formulé par le sagace chirurgien belge, nous avons prié quelques-uns des internes de nos hôpitaux de profiter de la première occasion pour l'expérimenter. Les observations suivantes que nous remet M. Rabaud, interne à l'hôpital Saint-Antoine, sans trancher la question, méritent de prendre place ici.

Le premier fait est relatif à un homme porteur d'une grosse hernie inguinale, du volume de la tête d'un enfant nouveau-né et présentant depuis vingt-quatre heures des signes d'engouement. Jusqu'à ce jour, le malade avait pu réduire sa tumeur sans difficulté. Ce jour-là, elle était restée irréductible, malgré les nombreuses tentatives du patient; la tumeur était rouge, tendue, douloureuse au toucher. A son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le malade fut mis au bain et on lui administra un purgatif. Au sortir du bain la tumeur avait le même volume; je fis mettre le malade sur un plan horizontal, le siége relevé, et, aidé d'un de mes collègues qui pressait le fond de la tumeur, j'essayai du taxis pendant huit minutes environ. Cette opération n'amena aucun résultat. J'introduisis alors l'indicateur dans l'anneau inguinal externe, en refoulant la peau vers cet orifice et j'essayai par de fortes tractions de le déchirer, le malade souffrit beaucoup pendant cette tentative et refusa de nouveau le taxis; nous l'engageâmes à le pratiquer lui-même, et la tumeur fut réduite en notre présence par un taxis lent et continu.

Il est évident qu'on avait affaire ici à une de ces tumeurs dites irréductibles et qui pour cela ne s'étranglent pas; aussi ne voulons-nous tirer aucune conclusion de notre tentative, sinon qu'elle a hâté la réduction.

Le deuxième fait est beaucoup plus remarquable et rentre entièrement dans la catégorie de ceux que signale spécialement M. Seutin. Voici le résumé de l'observation : le 29 février est entrée à la salle Sainte-Marthe la nommée Émilie Bautry, cotonnière, âgée de quarante-sept ans. Il y a six mois, en soulevant un poids très-lourd, elle a ressenti un craquement dans l'aine gauche, et trois semaines après seulement elle s'est aperçue d'une tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur, qui occupait le pli de l'aine, occasionnait parfois à la malade des lourdeurs, des pesanteurs dans le bas-ventre, beaucoup plus vives lorsque la hernie était hors de l'abdomen.

Il y a quatre mois elle a commencé à porter un bandage ; néanmoins sous l'influence d'efforts la hernie s'échappait encore de temps en temps, malgré l'appareil contentif, et la malade la faisait rentrer avec facilité.—Le 28 février, à six heures du matin, sous l'influence d'efforts pendant la défécation, la hernie s'est échappée, beaucoup plus volumineuse qu'à l'ordinaire ; pendant deux heures la malade a essayé vainement de la faire rentrer, elle s'est également livrée à des tentatives très-répétées de taxis pendant le reste de la journée. Les vomissements sont apparus une heure environ après l'étranglement, et se sont continués pendant le reste du jour et de la nuit ; la malade n'a pris que du bouillon et de la tisane qu'elle a vomis ; elle a eu ce jour-là environ dix vomissements bilieux, pas de vomissements stercoraux ; — insomnie pendant la nuit suivante.

Elle entre à l'hôpital le lendemain 29. Pendant la journée purgatif (huile de ricin) et taxis modéré de dix minutes environ, pratiqué par l'interne de garde; les vomissements ont continué pendant toute la journée. Le soir, la face est très-altérée, la respiration anxieuse et rapide, le pouls petit, à 128 pulsations ; la malade souffre beaucoup et rapporte la douleur à l'épigastre. Nous trouvons une tumeur ovoïde de la grosseur d'une noix, siégeant au pli de l'aine gauche au-dessous du ligament de Fallope, dans le triangle de Scarpa, dure au toucher, de la consistance d'une tumeur fibreuse mobile, mais ne se laissant pas déprimer, circonscrite et présentant un pédicule que l'on sent très-bien au niveau du fascia crébriforme superficiel; car on peut la sentir au delà du fascia que nous venons d'indiquer, et d'un autre côté on la sent très-bien sous la peau; très-douloureuse au toucher.

La malade étant placée dans son lit, le siége légèrement relevé et la tête basse, j'essaye de réduire la tumeur par un taxis assez violent, pratiqué pendant dix minutes environ ; au bout de ce temps, n'obtenant aucun résultat, je refoule la peau de l'aine vers le pédicule de la tumeur, et je cherche à faire pénétrer le doigt indicateur dans l'anneau du fascia crébriforme ; au bout de quelques secondes je sens le rebord *très-tranchant* de l'aponévrose, et j'arrive à grand' peine à introduire la pulpe de l'indicateur. J'essaye alors de déchirer l'anneau par des tractions latérales, mais à plusieurs reprises mon doigt échappe, sans avoir senti la crépitation, signe de la déchirure de l'anneau. Ne pouvant obtenir ce résultat, j'enfonce directement l'index dans l'anneau aponévrotique, en dirigeant l'extrémité du côté de l'anneau crural, et j'attends pendant dix minutes ; au bout de ce temps toute la dernière phalange de l'indicateur était dans l'infundibulum. Je retire alors le doigt et je tente de nouveau le taxis, après avoir cherché à attirer la tumeur au dehors ; au bout d'une ou deux minutes je sens la tumeur diminuer, sans donner lieu à aucun gargouillement ; la réduction est complète presque aussitôt, et je ne sens plus sous les doigts qu'une lame molle et pâteuse.

La malade est avertie aussitôt de la rentrée de la hernie par la cessation des coliques et de la douleur épigastrique. Je lui fais donner 30 grammes d'huile de ricin, elle va à la selle trois fois dans les deux heures suivantes, j'applique également un bandage contentif avec une bande et un tampon de charpie. Le 1er mars, la malade n'a eu aucun nouvel accident; je retire son bandage, on sent toujours au devant du fascia crébriforme une poche mollasse qui ne se réduit pas. On peut également faire pénétrer le doigt à travers l'anneau, mais ses bords sont beaucoup moins tranchés que pendant l'étranglement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Collodion *très-souple (Formule d'un) contre les engelures et les gerçures.* La formule du collodion, même *élastique*, produit une préparation encore trop siccative, trop peu souple après la dessiccation ; l'enduit appliqué sur les doigts exerce une constriction très-pénible ; aussi M. Gillebert d'Hercourt a été conduit par ce résultat à modifier la formule ainsi qu'il suit :

Collodion . . . . 30 gr.
Térébenthine de Veniso. . . 12 gr.
Huile de ricin . . . . . . 6 gr.

Mêlez et dissolvez par l'agitation.

J'applique cette préparation à l'aide d'un pinceau sur les doigts affectés d'engelures sèches ou ulcérées, dit ce médecin, et je renouvelle l'enduit autant de fois qu'il est nécessaire pour établir l'abri du contact do l'air ot jusqu'à ce que l'engelure soit complétement guério, ce qui tarde peu. J'ai appliqué le même mode au traitement des gerçures des mains, déterminées par le froid ou par le contact alterné de l'eau froide et de l'eau chaude. Les doigts, ainsi revêtus de ce vernis, peuvent désormais supporter impuné-

ment l'action répétée de l'eau froide et de l'eau chaude, et des laveuses, des cuisinières qui ont usé de ce moyen, d'après mon avis, l'ont pris en très-grande estime. (*Revue médicale*, février.)

Coqueluche (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi des inhalations de chloroforme dans la*). Aux faits si intéressants que nous avons empruntés il y a quelque temps à M. Fleetwood Churchill, touchant les effets remarquables des inhalations de chloroforme dans la coqueluche, nous sommes heureux d'ajouter aujourd'hui ceux qui ont été rapportés par M. Pape. Ce médecin cite entre autres l'observation d'une enfant chez laquelle les accès de toux convulsive diminuèrent sous l'influence des vapeurs anesthésiques, et la maladie se termina rapidement. La dose de chloroforme employée en trente-six heures put être portée jusqu'à 2 onces et demie sans inconvénients; mais cette dose est loin d'être excessive, et les enfants sont peut-être plus aptes que les adultes à supporter sans inconvénient les applications réitérées de chloroforme. Nous pourrions citer de notre côté le fait d'un médecin de nos amis qui, atteint d'une coqueluche contractée auprès d'un de ses petits clients, était tourmenté par des quintes de toux extrêmement fatigantes. L'inspiration des vapeurs de chloroforme, pratiquée par ce confrère au moment où il sentait venir la quinte, faisait toujours avorter celle-ci, et de cette manière la maladie a été en quelque sorte annihilée ou réduite à des proportions insignifiantes. Pendant plusieurs jours, notre confrère n'est pas sorti une seule fois sans porter dans sa poche un petit flacon plein de chloroforme qu'il approchait de ses narines dès qu'il sentait venir l'accès, et la nuit même il avait son flacon près de lui, tant était grand et immédiat le soulagement apporté par ces inhalations. (*Deutsche Klinik*, 1855.)

Corps étranger *dans les voies aériennes* (*Trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de*). Dans un article qui a paru dans ce journal, il y a quelques années (*Bull. de Thérap.*, t. XL, p. 448), nous avons retracé l'histoire des corps étrangers des voies aériennes, à propos d'un fait extrêmement intéressant de ce genre, et nous avons insisté sur l'utilité de la trachéotomie, comme moyen d'ouvrir une large voie à la sortie du corps étranger, dans le but de permettre des tentatives d'extraction. Nous avons fait remarquer, en effet, que bien que la nature se soit suffi à elle-même, dans certains cas, en provoquant l'expulsion spontanée du corps étranger, ce n'a jamais été sans grands danger pour le malade, et souvent même la mort a eu lieu avant la fin du travail de l'expulsion, de sorte que la trachéotomie, sans promettre une guérison certaine, offre au moins quelques ressources de plus. Telles étaient également les conclusions d'un travail *ex professo*, publié sur cette question par M. Jobert de Lamballe, il y a quelques années.

Le hasard nous a fait découvrir récemment, dans un journal suédois, deux faits qui confirment pleinement l'exactitude de la proposition que nous avons défendue plus haut. Le premier de ces faits est relatif à un enfant de neuf ans, qui introduisit dans les voies aériennes un haricot commun, sans autre accident qu'un accès de toux, qui se calma elle-même assez rapidement pour laisser tout le monde dans une sécurité complète, lorsque, trois jours après, commencèrent les premiers symptômes d'une affection catarrhale, avec accès de dyspnée et signes stéthoscopiques fort étranges, tels que la disparition et la réapparition alternatives du murmure respiratoire dans une partie du poumon. Ces accidents se prolongèrent pendant trente-deux jours, lorsque, fort heureusement, l'enfant rendit, au milieu d'un violent accès de toux, un noyau dur enveloppé d'un mucus gris épais; ce noyau, c'était le grain de haricot.

Dans le second fait, l'intérêt est plus grand, parce que, pressé par les accidents, le chirurgien, M. le prof. Carl Santesson, a pratiqué la trachéotomie pour aller à la recherche du corps étranger. C'était une enfant de six ans, qui s'était introduit un petit haricot dans les voies aériennes. Une toux spasmodique et quinteuse, avec accès de suffocation extrêmement violent, fut la conséquence de cette introduction; mais, après quelques instants, les symptômes de suffocation avaient entièrement cessé. Il y avait deux jours que cet accident avait eu lieu, lorsque l'enfant fut amenée à M. Santesson. Grande difficulté pour respirer; inspiration et expiration, la dernière surtout, prolongées, râlantes et sibilantes; toux persistante, semblable à celle de la coqueluche, dès que l'enfant voulait

parler, ou seulement dans les mouvements du corps. En saisissant la trachée entre les doigts, on avait la sensation, immédiatement au-dessous du larynx, d'un corps mobile montant et descendant dans la trachée. La trachéotomie fut immédiatement pratiquée; mais les difficultés commencèrent quand M. Santesson voulut saisir le corps étranger; dans les mouvements rapides qu'il exécutait avec la colonne d'air, il fut impossible de le saisir avec une pince à polypes courbe, et la dilatation de la plaie occasionnée par celle-ci ne fit pas que le corps étranger s'y engageât. Alors M. Santesson plaça l'enfant la moitié du corps en dehors du lit, la tête pendante et soutenue par un aide, et il attendit, en écartant les bords de la plaie avec des pinces, le moment où le corps étranger remontait dans l'expiration, pour introduire le doigt derrière lui et lui couper le chemin. Il le circonscrivit ainsi dans la partie supérieure de la trachée, et il put alors aller le saisir avec des pinces. Tout cela fut fait avec une très-grande rapidité, parce que la lumière de la glotte était presque obstruée par la présence du corps étranger refoulé contre son ouverture inférieure, et que l'enfant se livrait aux plus grands efforts inspiratoires. Néanmoins les choses marchèrent très-favorablement, à part une bronchite très-sérieuse, qui se développa au troisième jour dans le poumon gauche seulement, mais qui céda cependant au tartre stibié comme vomitif, et, plus tard, à dose nauseuse. Dix jours après l'opération, on trouva entre les bords de la plaie un petit fragment de l'enveloppe brune du haricot; une portion de cette enveloppe manquait effectivement sur le grain de haricot qui avait été retiré. Deux autres jours après la guérison était parfaite. — On remarquera l'influence heureuse de la position déclive de la tête, dans le cas de M. Santesson, mais déjà ce précepte avait été donné pour faciliter la sortie du corps étranger ou les recherches destinées à le retrouver. (*Hygiea of Dublin, journal of med.*)

Diabète sucré (*Emploi de la levûre de bière dans le traitement du*). Les journaux anglais ont fait beaucoup de bruit dans ces derniers temps d'une tentative iatro-chimique ayant pour but de transformer le glucose qui existe constamment dans le sang et qui va s'éliminer par les reins principalement; il ne s'agit de rien moins, en effet, que de l'administration de la levûre de bière aux diabétiques. Nous avons lu avec soin les observations qui ont été publiées sur ce point, et nous déclarons conserver de très-grands doutes relativement à la valeur curative d'un pareil moyen. Il est cependant assez bien établi que la proportion de glucose a diminué chez la plupart des malades qui en ont fait usage. Tel est aussi le résultat des expériences entreprises récemment sur ce point par M. Ernest Baudrimont chez un enfant mâle de onze ans, atteint de glucosurie et traité sans aucun succès par la médication alcaline depuis deux mois. Le malade prit successivement 20 centigrammes et 50 centigrammes de levûre de bière les deux jours suivants. En augmentant progressivement la dose, au bout de douze jours, il en prenait 5 grammes en deux fois pendant les vingt-quatre heures. Dès le cinquième jour à partir du commencement de cette médication, il survint des symptômes d'ivresse, preuve de la transformation du glucose en alcool; le petit malade devint boudeur, tapageur, méchant et frappa même un jour un de ses petits camarades. Plusieurs fois on crut apercevoir une certaine titubation dans sa démarche, et il répondait affirmativement lorsqu'on lui demandait s'il se sentait étourdi. Ces symptômes se sont présentés plusieurs fois de suite; mais leur intensité a décru peu à peu. Pendant ce temps, la soif a diminué de moitié; mais les urines étaient presque toujours également denses. Le 26 janvier, elles contenaient 81 grammes de glucose par litre. Ce jour-là, une grave indisposition de l'enfant fit cesser la levûre de bière, et il mourut quatre jours après d'un épanchement au cerveau. Mais est-ce bien à la transformation alcoolique du glucose qu'il faut rapporter les accidents cérébraux éprouvés par ce petit malade, et ces accidents ne dépendaient-ils pas de l'épanchement séreux en voie de formation? Telle est la question que nous nous posons et dont la vérification ne doit pas souffrir de grandes difficultés, les diabétiques étant assez nombreux et leur affection se prolongeant assez longtemps pour permettre d'appliquer des traitements variés. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, février.)

Fissure à l'anus (*Traitement de la*) *par la pommade au nitrate d'argent et les lavements froids*. La simplicité et l'efficacité de ce traitement,

constatées dans une vingtaine de cas qui, en très-grande partie, au dire de son auteur, M. Bourgeois (d'Étampes), ont été guéris radicalement et sans récidive, nous engagent à entrer dans quelques détails à son égard. Voici quelle est la manière de procéder de notre confrère. Il recommande à la personne malade de porter dans le fondement, le plus haut possible, le doigt indicateur chargé, sur la pulpe, de gros comme un petit haricot de pommade au nitrate d'argent, dosée au quart, au sixième ou même au douzième, suivant la sensibilité du sujet et le sexe, ce doigt étant, bien entendu, dirigé vers le point où existe l'ulcération, cause du mal. La souffrance est vive et dure quelques minutes dans toute sa force, enfin elle diminue pour s'éteindre entièrement après un temps qui varie entre une demi-heure et deux heures. Presque aussitôt après l'application de la pommade cathérétique, M. Bourgeois fait prendre un lavement à l'eau froide, lequel, comme chacun sait, produit souvent plus d'effet évacuatif qu'un lavement purgatif chaud, et a de plus la propriété de rafraîchir et de diminuer la douleur qui suit la cautérisation. Les selles qui ont lieu après son administration sont déjà moins pénibles. Le lendemain et jours suivants, un continue l'usage des lavements froids, entiers autant que possible; on en prend deux par jour. On ne revient à la pommade caustique qu'après sept heures de repos. Dans l'intervalle, on introduit dans l'anus, deux fois par vingt-quatre heures, une graisse inerte et fraîche, telle que axonge, pommade de concombre, ou simplement du suif, que M. Bourgeois préfère à tout. Si malgré les deux premières applications la douleur n'a pas diminué, après une même période de temps, on revient à la pommade et on l'éloigne ensuite de manière à ne s'en servir que tous les quatre, cinq ou six jours et même plus, en ne négligeant pas les autres moyens locaux dans ces intervalles. Deux ou trois semaines suffisent le plus ordinairement pour la disparition de la maladie, qui cesse parfois au bout de trois ou quatre applications, et qui, dans d'autres circonstances, en exige huit ou dix. Lorsque chez les personnes traitées et guéries j'ai pu, au bout d'un certain temps, ajoute M. Bourgeois, constater l'état des parties, j'ai vu que le fond de la petite ulcération s'était recouvert d'une mince cicatrice bleuâtre et que le spasme des sphincters avait disparu. La constipation, et une constipation opiniâtre, accompagnant neuf fois sur dix au moins la fissure à l'anus, dont elle est très-probablement une des causes déterminantes les plus actives, M. Bourgeois prescrit un régime alimentaire composé, autant que faire se peut, d'aliments relâchants, comme viandes fraîches, légumes herbacés, laitage, fruits, etc.; il faut y joindre l'exercice à pied, si l'état sédentaire de la personne a pu contribuer à la production du mal. On peut encore administrer ici les préparations belladonées à l'intérieur. En résumé, dit M. Bourgeois, les avantages que j'ai trouvés à ce mode de traitement sont les suivants : 1° douleur moindre qu'avec le nitrate d'argent en nature; 2° facilité plus grande dans le traitement, que le malade lui-même met en usage; 3° action plus étendue de l'agent cathérétique, puisque le doigt peut pénétrer aussi avant qu'on le veut dans l'intestin, et atteindre toujours l'extrémité la plus élevée de la fissure. En 1853, M. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, dans une note sur la nature et le traitement de la fissure à l'anus dans l'enfance, a cité le cas d'une petite fille de neuf ans, chez laquelle la fissure fut guérie également par l'usage d'une pommade au nitrate d'argent, qu'on introduisait à l'aide d'une petite éponge fixée au bout d'une baleine. (*Gaz. hebd. de méd.*, février.)

Fractures (*Emploi du carton pour la confection des appareils de*). Voici en quels termes M. Carret, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, décrit son procédé opératoire : « On prend un morceau de carton de la longueur du membre et d'une largeur un peu plus que suffisante pour en faire le tour. On le ramollit en le trempant quelques minutes dans l'eau. La réduction de la fracture étant faite, on dispose le carton mouillé bien également sous le membre, que l'on recouvre en entier, en appliquant l'un après l'autre les deux côtés du carton, qui viennent se croiser en avant, et pendant qu'un aide tient le tout en place, on fait par-dessus, avec une bande également mouillée, un bandage roulé ordinaire. » Voilà pour l'application en général; M. Carret décrit ensuite les modifications nécessitées selon le siége des fractures. A l'avant-bras, par exemple, on place sur les faces antérieure et postérieure, préalablement à l'appareil ci-dessus, deux ou trois attelles de carton mouillé, des-

tinées à remplacer les compresses graduées de l'appareil élastique. Dans un cas de fracture de la rotule, ce chirurgien s'est servi d'un carré de carton au milieu duquel il avait pratiqué une ouverture de l'exacte dimension de l'os, et dans laquelle les fragments rapprochés et logés ont été maintenus au moyen de la bande humide. Il en a agi à peu près de même pour un cas de fracture de l'olécrâne. La cuisse exige que l'on échancre le carton en dedans, pour que, remontant en dehors, il couvre suffisamment la hanche, et, dans ce cas, la bande, arrivée au pli inguinal, doit contourner le bassin par quelques doloires. Quelles que soient les modifications à introduire dans la forme de cet appareil, je crois que le carton et la bande répondront à toutes les exigences, ajoute M. Carret. Les observations que ce chirurgien publie dans sa brochure prouvent en effet que, lorsqu'on s'est rendu ce procédé familier, on arrive par la grande habitude à remplir toutes les indications.

L'emploi du carton dans la confection des appareils de fractures n'est pas un fait nouveau; nous trouvons même dans un journal italien un travail de M. Cortèse sur les fractures de jambes, dans lequel it signale les avantages de bottes en carton; seulement ce chirurgien, pour terminer le traitement, au début de la fracture, pendant les deux premiers septenaires, fait usage d'une botte semblable à celle de M. Baudens. Lorsque le gonflement du membre a disparu, il met en usage sa botte amidonnée. Cet appareil se prépare d'avance en moulant sur le membre *sain* deux demi-buttes de la manière suivante : le morceau de carton mouillé, de la longueur de la jambe, est assez large seulement pour former une gouttière qui contienne la partie postérieure de la jambe; à son extrémité inférieure, on pratique deux incisions parallèles, de manière que la languette du milieu corresponde exactement à la largeur et à la longueur de la plante du pied. On maintient ensuite le carton appliqué sur le membre à l'aide d'une bande. Au bout de trois ou quatre heures, on enlève la gouttière, que l'on tapisse ensuite de bandelettes amidonnées au dedans et au dehors, afin de lui donner une grande solidité. L'autre demi-botte, ou attelle tibiale, s'obtient de la même manière. Ce bandage amidonné peut être appliqué au membre malade le lendemain de sa fabrication; une compresse à six chefs maintient les deux pièces de l'appareil et enveloppe le siége de la fracture. Il n'a pas besoin d'être renouvelé jusqu'à la fin du traitement. (*Annali univ. di medicina* et *Compte rendu de l'Acad. des sciences.*)

Laryngite *syphilitique traitée avec succès par la trachéotomie et les inspirations de nitrate d'argent.* L'observation suivante est remarquable en ce qu'elle témoigne de nouveau en faveur de la trachéotomie dans les cas de laryngite syphilitique, mais surtout en ce qu'elle montre l'innocuité du séjour de la canule dans le larynx pendant plusieurs mois, et enfin parce qu'elle démontre les bons effets des inspirations caustiques dont nous avons parlé il y a quelque temps d'après M. Ebert. C'était une femme de quarante-sept ans, qui était affectée depuis huit mois d'un mal de gorge accompagné de voix rauque, nasillarde, presque aphone, de respiration bruyante et de toux; la déglutition elle-même était très-douloureuse et fréquemment suivie du rejet des aliments par le nez et par la bouche. Le voile du palais, ses piliers, les amygdales et la partie postérieure du pharynx offraient une couleur rouge cuivrée, et étaient le siége de nombreux petits ulcères qui sécrétaient une mucosité visqueuse, jaunâtre et filante. La malade fut soumise à un traitement antisyphilitique par le deuto-iodure de mercure, le proto-iodure de potassium et la salsepareille. Amélioration considérable des symptômes locaux à l'arrière-bouche au bout d'un certain temps, si bien que la malade crut pouvoir se relâcher et exécuter incomplétement son traitement. L'hiver suivant, très-rigoureux, amena à la fois une augmentation dans les symptômes laryngiens et un ensemble de troubles généraux : amaigrissement, teinte jaune paille, toux fréquente avec expectoration muqueso-purulente, quelquefois striée de sang, aphonie plus prononcée, ronflement plus bruyant pendant l'inspiration; oppression plus considérable, surtout la nuit et pendant la marche. Peu à peu les accidents allèrent en augmentant, et vers les premiers jours de mars, la dyspnée avait fait des progrès tels que M. Rul-Ogez, son médecin, songea à la trachéotomie. Le 11 mars, la malade, loin d'être en meilleur état, était à toute extrémité; dyspnée extrême avec ronflement laryngien, face cyanosée; pouls petit, irrégulier, refroidissement

des extrémités et des téguments. La trachéotomie fut pratiquée et le soulagement fut immédiat; à peine un mouvement fébrile de peu de durée. Il fallait cependant remédier à l'affection du larynx; aussi, lorsque la trachée fut habituée au contact de la canule, le traitement antisyphilitique fut-il repris, avec des frictions sur les replis aryténo épiglottiques avec l'onguent mercuriel simple, mélangé d'iodure de plomb; mais, malgré la salivation, il y eut peu de changement de ce côté et l'occlusion de la canule reproduisait immédiatement les phénomènes d'asphyxie. Environ trois semaines après l'opération de la trachéotomie, on put craindre une nouvelle apparition d'ulcères dans l'arrière-bouche, à la suite d'une inflammation survenue dans cette région avec sécrétion de mauvaise nature. La malade continuait à tousser et à expectorer par la canule des mucosités plus ou moins colorées, et parfois striées de sang; mais son état général était assez satisfaisant; elle pouvait vaquer aux soins du ménage. Au commencement du mois d'avril, elle fut prise, vers le sein gauche, d'un point pleurétique qui céda à un vésicatoire. Le 12 avril, on joignit au traitement antisyphilitique l'huile de foie de morue et la cautérisation par la bouche, tous les cinq ou six jours, de l'ouverture pharyngienne de la glotte au moyen de la sonde de Belloc, armée d'une petite éponge trempée dans une solution caustique de nitrate d'argent. Mais le 2 mai, M. Rul-Ogez substitua à ce procédé la médication locale de M. Ebert, qui consiste à faire inspirer au malade, à travers un tuyau solide de la grosseur d'une plume d'oie ordinaire, de cinq à six pouces de longueur, une ou deux fois par jour, une petite pincée d'une poudre composée de 3 gros de sucre de lait et d'un grain de poudre de nitrate d'argent; M. Rul-Ogez fit usage pour cela d'un tube en verre taillé en bec de flûte. Peu de jours après cette modification du traitement, une amélioration considérable se manifesta; le larynx commença à se dégonfler; la toux et l'expectoration s'amendèrent; la malade put supporter que la canule restât bouchée, d'abord peu, puis quelques heures, puis tout un jour, une partie de la nuit et la nuit tout entière. Elle fut enfin retirée à la fin de juillet, et peu de jours après le trajet fistuleux était cicatrisé sans effet fâcheux; mais la voix est restée aphone. La guérison ne s'est point démentie. (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Luxation de la hanche (*Réduction de la*) *par des manipulations.* Nous voyons avec plaisir la chirurgie entrer dans des voies plus rationnelles et avoir de plus en plus recours à des procédés qui, en restreignant l'appareil instrumental, tendent d'un autre côté à épargner des douleurs vives au malade. Combien la réduction des luxations, par exemple, est aujourd'hui simplifiée et mise à la portée de tous! Si l'extension forcée par des aides ou par des poulies trouve encore sa place dans le traitement des luxations anciennes, elle tend au contraire à disparaître de la thérapeutique des luxations récentes. Nous faisions connaître dernièrement une amélioration nouvelle apportée au procédé de réduction de la luxation de l'épaule; les luxations de la hanche elle-même pourraient plus souvent être traitées par la même méthode. M. Markoe vient de publier dans un journal américain le récit de treize cas de luxations de ce genre dans lesquelles on a essayé de réduire par une extension modérée faite avec les mains, combinée avec des mouvements de rotation de l'axe du membre avec l'abduction, la flexion, etc. Or, ce procédé a réussi dans onze cas sur treize. Ce procédé a l'avantage de lutter plus efficacement contre la véritable cause qui s'oppose à la rentrée de la tête de l'os dans sa cavité, à savoir contre l'application de la tête et du col du fémur contre la face externe du pubis par suite de la tension des muscles qui s'insèrent à la base du trochanter. Le procédé par manipulation fait servir le trochanter ainsi fixé par les muscles qui s'insèrent à sa base comme point fixe ou point d'appui, autour duquel en mouvant le membre on peut faire décrire un cercle à la tête de l'os. Lorsqu'on se rappelle que ce point d'appui n'est pas, à proprement parler, un point fixe, mais qu'il a un certain degré de mouvement qui lui est propre, on conçoit facilement comment, au moyen de ce point mobile, la tête de l'os peut être placée par des mouvements variés du membre à deux pouces de l'acétabulum et par suite sur l'acétabulum lui-même. Si cette manipulation est faite de manière à ne pas élever le trochanter, de sorte qu'il cesse de reposer contre le pubis, alors, lorsque la tête vient sur l'acétabulum, une rotation légère, telle que celle produite par le mouvement imprimé, elle-

vera suffisamment le trochanter pour faire glisser la tête sans provoquer l'opposition des muscles trochantériens, et si les mouvements sont imprimés dans une direction propre à relâcher les muscles contractés, le tout peut s'accomplir sans exciter la plus petite opposition musculaire, depuis le commencement jusqu'à la fin de l'opération. (*New-York Journal of med.* et *Gaz méd.*, février.)

Ophthalmies (*Nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des*). Tel est le titre d'un travail que M. Bonnafont vient de lire à l'Académie de médecine. La méthode n'est pas nouvelle, nos lecteurs le savent; elle a été récemment formulée dans ce journal par M. le professeur Forget. Ce n'est pas seulement pour témoigner de nouveau de ses avantages que M. Bonafont a entrepris son travail, son but a été surtout de signaler les modifications qu'il a apportées au procédé suivi pour l'occlusion palpébrale. Voici la description qu'il en donne : « Un morceau de linge fenêtré et cératé, ayant fidèlement la forme de la cavité orbitaire, est appliqué sur l'œil malade, préalablement voilé par les paupières. Les ouvertures de ce petit crible étant destinées à laisser passer le pus produit par la conjonctive enflammée, un léger plumasseau de charpie est placé dessus, le tout hermétiquement retenu par un disque de diachylon, qui comprend dans sa circonférence la région sourcillière, tout le côté du nez adjacent à l'œil malade, la partie supérieure de la joue et un peu de la région temporale correspondante : le diachylon est recouvert par une compresse; une bande, un monocle assujettit tout l'appareil. » L'œil malade reste ainsi enfermé pendant plusieurs jours. Si on a affaire à une ophthalmie purulente très-intense, le bandage a besoin d'être renouvelé tous les jours, pour éviter les accidents résultant de la stagnation du pus. Mais si la conjonctive est légère, on peut, sans danger, ne refaire le pansement que deux, trois et même quatre jours plus tard. Au bout de ce temps, le chirurgien lève l'appareil, visite l'œil et juge, à son degré d'inflammation, s'il doit ou non renouveler l'occlusion. Ordinairement, quand la conjonctivite est peu grave, trois ou quatre jours suffisent pour la guérison du malade : un chémosis, une kératite ulcéreuse demandent un peu plus de temps : on peut obtenir des succès complets en huit ou dix jours au plus, pour des ulcères de la cornée, des chémosis et des iritis prononcés. Ce qu'il importe dans la méthode par occlusion, c'est de savoir enlever en temps opportun le petit bandage obturateur, afin de prévenir les accidents qui pourraient résulter de son application trop prolongée. Tout cela n'est qu'une affaire de tact chirurgical.

Le procédé de M. Bonnafont est loin d'être nouveau. Ces sortes de bandages trop épais et serrés, comme M. Larrey l'a fait observer, ont été depuis longtemps proscrits de la pratique par les ophthalmologistes dont le nom fait autorité. Ventzel, Jaeger, Saint-Yves, Demours ont reproché à ces appareils d'entretenir la chaleur et de provoquer ainsi la congestion et la titilation de l'œil. Ces reproches s'adressent plus spécialement au procédé qu'à la méthode. Celle-ci, inscrite de temps immémorial au nombre des ressources précieuses du traitement des maladies des yeux, y restera, car elle ne proscrit en rien l'emploi des moyens généraux : saignées, purgatifs, mercuriaux, compresses d'eau froide, etc.

Les Annales d'oculistique contenaient récemment des articles de MM. Hairion et Furnari sur les bons effets de l'occlusion palpébrale. Le procédé dont M. Furnari fait usage consiste dans l'application d'une couche légère d'une solution de colle de poisson, sur laquelle il place une ou deux bandelettes superposées de tulle. M. Hairion se sert du collodion; il a surtout retiré quelques avantages de la compression dans le pannus charnu, les varicosités de la surface du globe, les hernies de l'iris. Les excellents effets du collyre au mucilage de tannin lui a fait abandonner l'occlusion palpébrale dans le traitement des ulcères de la cornée.

M. Larrey, dans son discours, a signalé les services que le procédé de M. Hairion lui avait rendus : on dispose deux bandelettes séparées, parallèles au bord libre de chaque paupière et imprégnées de collodion, après avoir d'abord placé verticalement deux fils à distance, dont les chefs se nouent et se dénouent à volonté au-devant des bandelettes, en fermant ainsi ou ouvrant les paupières. M. Larrey a eu souvent recours à ce mode d'occlusion, et il le trouve bien supérieur aux bandages. Pour ce chirurgien, cette méthode convient lorsque, toutes choses égales d'ailleurs, les malades par leur indocilité se prêtent moins facilement

à l'application des autres remèdes de la thérapeutique oculaire. Les enfants, les gens de la campagne, les conscrits, les aliénés, sont souvent dans ce cas. (*Compte rendu de l'Acad.*, février.)

Ténia (*Emploi de la racine de grenadier sèche contre le*). On voit les auteurs des traités de thérapeutique insister beaucoup sur la nécessité de faire choix de la racine de grenadier *fraîche* comme moyen de débarrasser plus sûrement les malades du ténia. Il y a cependant des avantages économiques et thérapeutiques à choisir la racine *sèche*. Économiques, car la racine sèche peut être tirée en abondance de l'Espagne, du Portugal, de la Provence, et livrée à bon marché ; thérapeutiques, car la racine fraîche, recueillie souvent sur de maigres arbustes élevés dans des caisses, est habituellement moins riche en principes actifs. Il ne paraît pas qu'il y ait de différence notable relativement à la propriété vermifuge entre deux racines de même provenance, l'une fraîche et l'autre sèche, si l'on a eu le soin de faire macérer celle-ci vingt-quatre heures dans l'eau dans laquelle on doit ensuite la faire bouillir. Trois faits, publiés par M. Grisolle, M. Giscaro et M. Dechambre, viennent à l'appui de cette pratique. 64 grammes de cette racine sèche, qu'on avait fait macérer pendant vingt-quatre heures dans 750 grammes d'eau et réduire ensuite à 500, ont fait rendre au malade de M. Giscaro, une demi-heure après la troisième verrée, le ténia solium qui causait tous les accidents ; et 15 grammes de cette racine ont suffi chez le jeune enfant dont parle M. Dechambre. Dans les deux cas, l'administration de la décoction de racine de grenadier avait été précédée, vingt-quatre heures auparavant, d'une purgation avec l'huile de ricin. (*Gaz. heb. de méd.*, janvier.)

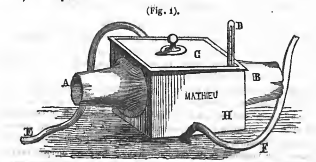
VARIETÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL ; APPAREILS A IRRIGATION CONTINUE D'EAU TIÈDE POUR LE PANSEMENT DES PLAIES.

Nous avons appelé récemment l'attention des praticiens sur les résultats obtenus par le professeur Langenbeck, chirurgien en chef du grand hôpital de Berlin, de l'emploi des courants d'eau tiède comme traitement des plaies même d'amputations. L'autorité scientifique dont jouit M. Langenbeck a engagé quelques chirurgiens de nos hôpitaux à répéter ces essais. En attendant que les faits en expérimentation nous permettent de revenir avec fruit sur cette question importante, nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs les modèles d'appareils que MM. Charrière fils et Mathieu viennent d'adresser à l'Académie de médecine.

Les deux appareils, construits par M. L. Mathieu, d'après les indications de l'auteur, se composent :

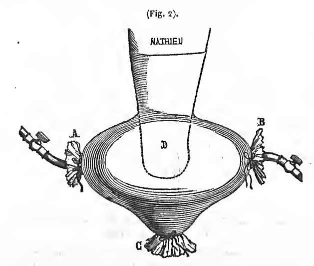
(Fig. 1).



Le premier, d'une boîte en gutta-percha (fig. 1) munie de deux manchons en

caoutchouc vulcanisé A B, servant à entourer le moignon : dans le cas d'une opération pratiquée sur le genou, ces deux manchons compriment la cuisse d'une part, et la jambe de l'autre. Le couvercle C est pour voir la partie opérée. Des deux conduits E, F, l'un, qui communique avec un seau placé au-dessus du lit, amène l'eau dans l'appareil; tandis que l'autre, communiquant avec un vase placé par terre, opère le déversement du trop-plein et établit le double courant continu, qui est réglé par un robinet plus ou moins fermé.

(Fig. 2).



Le second appareil (fig. 2), en usage aujourd'hui dans les les hôpitaux (services de MM. Laugier et Gosselin), est un simple manchon en caoutchouc vulcanisé à quatre ouvertures de différentes grandeurs, et pouvant s'approprier aux diverses dimensions des membres (cuisses ou jambes) ; à deux de ces ouvertures correspondantes s'adaptent deux conduits en caoutchouc qui établissent le double courant, comme dans le premier appareil : un verre fixé dans le milieu permet de voir le moignon ou la plaie. Cet appareil est simple, portatif, d'un prix peu élevé, d'une application facile, comparativement aux boîtes de zinc ou de fer-blanc imaginées par M. Fock, interne à Berlin, qui sont très-difficiles à transporter, à cause de leur volume et de leur poids.

M. Charrière fils a présenté également à l'Académie un appareil à bain local chaud et permanent. Cet appareil n'est qu'une modification de celui que son père avait fabriqué en 1844 pour M. Mayor de Lauzanno, et de celui qui a été publié dans ces derniers temps par M. le professeur Langenbeck, et que M. Gosselin a si heureusement appliqué à l'hôpital Cochin.

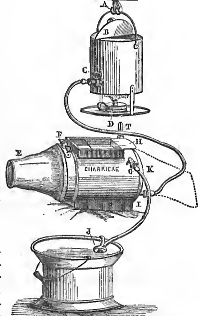
Il se compose d'un réservoir en zinc à peu près cubique, dont la paroi supérieure est constituée pour une glace, qui entre à coulisse et forme le couvercle. Cette disposition permet de voir ce qui se passe dans l'appareil, et laisse la faculté de sortir le moignon pour le pansement. Une de ses extrémités présente une ouverture circulaire, munie d'un rebord saillant, sur lequel on fixe, à l'aide d'un bracelet, un manchon en caoutchouc vulcanisé. La paroi opposée est hermétiquement close, mais peut être disposée toutefois de manière à recevoir un

second manchon en caoutchouc. Cette disposition permet d'appliquer le bain local permanent à la partie moyenne d'un membre, un genou, un coude, par exemple. Enfin, sur une des parois de la boîte se trouvent deux ouvertures, dans lesquelles on engage, à vis ou à frottement, deux tuyaux qui font arriver l'eau dans la caisse, ou lui permettent de sortir. L'ouverture inférieure donne passage à l'eau tiède du réservoir; la supérieure fait l'office du trop-plein de sortie; la boîte est toujours remplie d'eau.

Le manchon en caoutchouc est la seule pièce susceptible de se détériorer; sa forme est conique, de manière à pouvoir s'appliquer parfaitement, par son extrémité non adhérente à la boîte, sur la partie que l'on veut soumettre à l'action du bain local.

Au-dessous du réservoir destiné à alimenter la boîte se trouve une lampe à alcool, qui maintient toujours l'eau à la même température.

Cet appareil fonctionne actuellement dans le service de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, et dans celui de M. le docteur Voillemier, à l'hôpital de Lariboissière.



Remarque importante. — Pour nettoyer l'appareil, on enlève le tuyau du trop-plein et on fixe à l'ouverture supérieure G le tuyau du réservoir. On ouvre le robinet inférieur I, et, en raison de ce courant de liquide, l'appareil se trouve nettoyé.

Pour lui permettre de fonctionner de nouveau, il suffit de fixer le tuyau du réservoir à l'ouverture inférieure I, et le tuyau évacuateur à l'ouverture supérieure G.

Description de la figure. — A. Réservoir. B. Couvercle articulé. C. Robinet gradué sur lequel est monté le tuyau. D. Lampe pour maintenir la chaleur du liquide. H. Couvercle en glace à coulisse, qui permet de voir le membre et de panser le moignon en le faisant sortir par l'ouverture supérieure de la cuisse. F. Bracelet qui sert à maintenir le manchon sur le réservoir. G. Ouverture par laquelle se vide le trop-plein, par un tuyau qui plonge dans un récipient. I. Ouverture inférieure pour alimenter le réservoir. J. Bout inférieur du tuyau de trop-plein muni d'un plomb et d'un crochet afin de le fixer sur le bord du récipient. K. Deuxième manchon (pointillé). E. Bout du manchon destiné à être lié sur le membre, soit avec une bande de sparadrap, soit avec une dissolution de caoutchouc. T. Thermomètre.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination des commissions des

prix. Voici les résultats du scrutin : — *Prix de l'Académie* (microscope) : MM. Velpeau, Robert, Barth, Poiseuille, Delafont. — *Prix Portal* (kystes) : MM. Cruveilhier, Cloquet, Blache, Laugier, Bouley (Henri). — *Prix Civrieux* (névralgie et névrite) : MM. Bouillaud, Huguier, Meslier, Gibert, Hervez de Chégoin. — *Prix Capuron* (saignée dans la grossesse) : MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Depaul, Cazeaux. — *Prix d'Argenteuil* (rétrécissements de l'urètre) : MM. Bégin, Robert, Gimelle, Roche, Ségalas, Malgaigne, Laugier.

M. Félix Boudet a été élu membre de l'Académie de médecine, section de pharmacie. Il reste encore cinq autres vacances à remplir.

L'Académie des sciences a nommé membre correspondant M. le docteur Guyon, membre du Conseil et inspecteur du service de santé des armées.

MM. Alquié et Mélier ont reçu du ministre de la guerre la mission de se rendre à Marseille pour y étudier le typhus qui s'est manifesté parmi les militaires venant de l'armée de Crimée.

La Société de médecine de Lyon vient d'être reconnue institution d'utilité publique.

Aux nominations des chirurgiens militaires que j'ai indiquées, on ajoutera (au grade d'*officier*) M. Huard, (au grade de *chevalier*) M. Raichon.

M. Villermé, membre de l'Institut, membre honoraire du Comité consultatif d'hygiène, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

L'Académie vient de faire une nouvelle perte. M. Emery, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, et professeur d'anatomie à l'école des Beaux-Arts, a succombé aux suites d'une attaque d'apoplexie.

Le concours pour la place de chef de clinique de la Faculté de Montpellier s'est terminé par la nomination de M. Battle.

Le docteur Courty, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, est chargé du cours d'opérations et appareils.

M. le docteur Chrétien est nommé, par arrêté ministériel, officier de l'Académie.

On vient de transporter à l'Académie de médecine une statue en marbre du baron Larrey. Cette œuvre remarquable, due au ciseau de M. Robinet, est destinée à la salle des séances.

Le corps médical de Toulouse vient de faire une perte sensible dans la personne de M. Duclos, qui avait acquis, comme fou son oncle, une grande réputation dans la pratique obstétricale.

Le 17 du courant, un concours sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique pour une place de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux de Paris.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi de la glycérine simple ou médicamenteuse dans le traitement des maladies de la peau.

Par M. ALPH. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis l'introduction de date déjà assez ancienne de la glycérine dans la thérapeutique anglaise, où elle s'est fort peu étendue d'ailleurs, cette substance a joui tout à coup en France d'une faveur qui aujourd'hui approche de l'engouement. Tout est à la glycérine ; et non content de lui faire prendre la place de l'axonge, la voilà détrônant l'huile de foie de morue dans le traitement des maladies de poitrine, sauf à l'additionner d'un peu d'iode.

Plusieurs circonstances ont puissamment concouru à la réputation gigantesque de la glycérine. Son nom d'abord ; nom sonore et doux à la fois ; nom tant soit peu mystérieux, pour le public surtout. Puis les résultats remarquables qu'elle a donnés entre les mains de quelques chirurgiens, et de M. Demarquay en particulier, durant l'épidémie de pourriture d'hôpital qui a régné en novembre et décembre dernier. Enfin, il faut bien le dire, en ce qui concerne les maladies de la peau, le besoin que chacun a d'introduire dans leur thérapeutique de nouveaux agents médicamenteux, dont on a quelquefois la faiblesse de préconiser un peu tôt les grands résultats.

La glycérine justifie-t-elle cette faveur par ses propriétés ? Lui aurait-on fait, au contraire, une réputation tant soit peu usurpée ? Telle est la question que nous nous sommes proposé de résoudre, en ce qui concerne au moins les affections cutanées.

Rien ne nous était plus facile que d'arriver en peu de temps à une solution : il nous suffisait de remplacer temporairement nos pommades par la glycérine ; il y a plus, les affections cutanées des membres siégent souvent des deux côtés à la fois ; nous pouvions donc, sur les mêmes malades et pour les mêmes maladies, mettre en regard la glycérine simple ou la glycérine médicamenteuse : c'est ce que nous avons fait. Et comme le nombre de nos malades est considérable, nous avons, dans un court espace de temps, porté sur ce médicament externe un jugement que nous croyons fondé.

Nous diviserons ce travail en deux parties. La première comprendra la glycérine simple et sans addition d'aucun autre médicament ; la seconde traitera de ce qui a rapport à la glycérine associée à des substances plus ou moins actives.

De la glycérine simple, ou non médicamenteuse. — Dans un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique* (page 179), M. le docteur Debout fait remarquer avec beaucoup de justesse que dans les recherches thérapeutiques qui se poursuivent avec les substances nouvelles, les expérimentateurs ne se préoccupent pas assez de l'identité de composition des produits qu'ils mettent en œuvre. De là la diversité des assertions émises quant à la valeur de ces agents. A ce sujet, M. Debout, mettant en comparaison quatre échantillons de glycérine provenant de quatre sources distinctes, en fait ressortir les propriétés physiques et chimiques, qui offrent entre elles des différences notables.

On sait que la glycérine des pharmacies n'est pas préparée comme produit chimique, c'est-à-dire par la saponification de la graisse au moyen de l'oxyde de plomb. Mais comme elle se forme en abondance dans la fabrication de l'acide stéarique, ce sont ces fabriques qui la livrent au commerce. En cet état, elle contient de la chaux en abondance, que l'on sépare au moyen de l'acide sulfurique, sauf à saturer l'excès d'acide par le carbonate de potasse, pour obtenir une glycérine neutre, opération qui se fait en grand et dans des maisons spéciales; d'où la conséquence qu'une glycérine pharmaceutique peut être neutre, acide ou alcaline, suivant son degré de purification; et c'est ce qui est arrivé dans l'examen qu'en a fait le rédacteur du *Bulletin de Thérapeutique* sur des échantillons pris dans les fabriques de MM. Ménier, Véron et Fontaine, Witeman et Poulenc. La densité de ces glycérines variait entre 25 et 28 degrés; elles étaient plus ou moins colorées, elles avaient une odeur plus ou moins prononcée de beurre rance, et elles renfermaient de la chaux, des acides gras, du carbonate de soude, des chlorures, etc.

Nous avions besoin de rappeler ces faits, qui peuvent rendre compte, jusqu'à un certain point, des résultats thérapeutiques que nous allons faire connaître. Pour nous, nous nous sommes constamment servi de la glycérine de la Pharmacie centrale des hôpitaux, que l'on regardait comme étant pure; c'est celle qui a été employée dans les recherches de M. Demarquay.

J'avouerai cependant qu'en présence de certains phénomènes de surexcitation produits par cet agent, je me demande s'il n'a pas existé des nuances dans les quantités de glycérine fournies à l'hôpital Saint-Louis et en divers temps. Suivant M. Debout, ce fait serait certain, et j'ajouterai que la glycérine que nous employons aujourd'hui à l'hôpital est encore acide.

Il ne ressort pas moins de ces faits généralement accrédités en

pharmacie, que la glycérine, livrée au commerce, est et sera souvent un médicament infidèle dans ses effets, parce que sa purification est plus ou moins complète.

Ce médicament ayant été préconisé surtout pour combattre l'eczéma, j'ai dû d'abord rechercher à quelle période de cette affection il pouvait être utile.

Toutes les fois que l'eczéma était à l'état aigu, la médication était incertaine dans ses résultats. Quelques malades la supportaient, sauf un sentiment de chaleur ou de cuisson dans les premiers moments, soit qu'on étendît la glycérine à l'aide d'un pinceau, soit qu'on appliquât des compresses imbibées de cette substance sur la surface malade. Toutefois, ce dernier mode d'emploi était toujours beaucoup plus excitant que l'autre. Mais, dans un certain nombre de cas, la surface eczémateuse s'irritait, sécrétait en abondance, prenait un caractère aigu plus prononcé et toujours croissant, de sorte qu'il nous a fallu abandonner son emploi chez plusieurs malades, soit qu'il se fût agi d'eczéma simple ou d'eczéma impétigineux. Ceux des malades dont la surface eczémateuse était moins impressionnable, s'habituaient à cette substance ; et alors, après quelques jours de son usage, l'effet sédatif de la glycérine se faisait sentir ; il en résultait une amélioration dans l'état de la surface malade, qui persistait pendant un certain temps, jusqu'à une période stationnaire presque indéfinie, ou accompagnée de progrès excessivement lents vers la guérison. Dans tous mes essais, je suis arrivé à cette période stationnaire que je n'ai pu dépasser, et il a fallu remplacer la glycérine par d'autres agents.

Par contre, de vieux eczémas qui, par leur ancienneté, ont pris domicile sur la peau et qui ont fini par modifier la vitalité de ce tissu pour vivre là d'une vie spéciale, de vieux eczémas recevaient de la glycérine une influence avantageuse par la surexcitation légère qu'elle amenait à leur mode de vitalité.

L'effet stimulant s'est fait sentir d'une manière plus marquée chez des malades atteints de lichen eczémateux ; elle y a fait naître des pustules d'impétigo. L'ecthyma a été singulièrement excité dans quelques cas par ce topique. C'est surtout dans le courant des mois de décembre et de janvier que j'ai observé ces phénomènes, car je ne les remarque plus aujourd'hui au même degré. Je note surtout un malade qui portait depuis longtemps de larges plaques d'eczéma lichénoïde sur les deux jambes, et chez lquel il est survenu un nombre très-considérable de bulles purulentes, se rapprochant des bulles de pemphigus par la dimension.

D'où je conclus que la glycérine est une substance qui convient peu aux eczémas simples ou composés à *forme aiguë*, dans l'état où elle a été livrée par la pharmacie.

Il n'en est plus de même lorsque la période aiguë est tombée ou commence à tomber ; alors la surface eczémateuse, moins excitable, supporte le médicament et s'améliore sous son influence.

Mais à cet égard il s'élevait une question, celle de savoir si la glycérine agit comme médicament spécial, *en vertu de sa nature propre*, ou s'il agit simplement comme corps gras. Pour la résoudre, j'ai mis la glycérine en regard de l'axonge, en soumettant à ces agents les deux membres de plusieurs malades atteints à la fois d'eczéma dans leur période chronique. On sait combien il est fréquent de voir les deux jambes affectées simultanément de cette maladie. Eh bien ! je puis déclarer que, comme topique, comme agent médicamenteux, je n'ai pas trouvé dans ces derniers temps surtout de différence notable entre la glycérine et l'axonge. Ces deux corps amènent la maladie au même degré d'amélioration dans le même temps.

Je me demande ce qui a pu faire alors illusion à cet égard, et je crois tellement qu'il y a eu illusion, qu'il m'a été impossible de guérir un seul cas d'eczéma avec la glycérine seule.

Je ne poserai pas la question de savoir s'il n'y aurait pas eu quelque erreur de diagnostic, si on ne serait pas tombé sur des érythèmes devenus vésiculeux et sécrétants. Je me borne à énoncer purement et simplement le fait que je n'ai pu obtenir de guérison par ce moyen seul. J'aime mieux trouver dans la préparation du médicament, dans sa nature tantôt alcaline, tantôt acide, l'explication des résultats thérapeutiques qui ont été publiés, et je suis en effet persuadé que le mode de préparation doit y être pour beaucoup ; mais alors ce n'est plus la glycérine simple et pure qui a agi, c'est la glycérine médicamenteuse, à laquelle je me propose de faire une autre part dans les médications.

Toutes les inflammations pustuleuses, l'impétigo, l'ecthyma, ont été excitées par la glycérine, sans bénéfice notable pour la maladie.

J'ai obtenu pendant un certain temps une amélioration marquée de la glycérine dans un cas de pemphigus des jambes ; mais cet agent, qui a produit par son emploi un amendement notable, n'a pas amené la guérison.

La glycérine ne peut rien contre le psoriasis chronique. Dans le psoriasis aigu, et surtout dans la période décroissante de cet état, elle améliore comme l'axonge. J'ai vérifié ce fait d'une manière très-tranchée dans un cas surtout où le psoriasis était général et où

il a été facile d'observer que les parties glycérinées ne marchaient pas plus vite que celles recouvertes de graisse.

Enfin, durant le mois de décembre, j'ai employé la glycérine en pansement de plaies nombreuses de rupia syphilitique étendu sur tout le corps et sur lesquelles la pourriture d'hôpital s'était déclarée. Elle a amené des douleurs vives au malade, à un point tel qu'elle n'a pu être supportée que pendant quelques jours, et tout cela sans bénéfice aucun pour les plaies, qui ont conservé les mêmes caractères. Cet état de pourriture d'hôpital a cédé, au contraire, sous l'influence de la poudre de quinquina associée au charbon et arrosée de suc de citron.

Maintenant j'ai besoin d'appeler l'attention des praticiens sur certains inconvénients inhérents à la nature de ce produit. La glycérine absorbe très-rapidement l'humidité de l'air et devient de plus en plus liquide ; de sorte que les linges de pansement, les vêtements ou les draps du malade qui fait usage de ce médicament dans une certaine proportion se mouillent et ne peuvent pas se sécher. Il en résulte que la partie malade et, par suite, le malade sont sans cesse dans des conditions permanentes d'humidité et de froid en hiver. La glycérine absorbe en effet moitié de son poids d'eau.

Chose remarquable, lorsqu'une surface cutanée secrète du pus, celui-ci peut encore, malgré cette absorption d'humidité, se concréter, faire adhérer la charpie ou les linges à pansement aux lèvres des plaies ou aux surfaces malades, circonstance importante à noter, puisque, dans quelques maladies de la peau, on a un certain intérêt à ne pas enlever l'épiderme des parties affectées, lors des pansements que l'on fait.

D'où, en définitive, nous concluons en ce qui concerne la glycérine simple :

1° Qu'il est assez difficile, et peut-être impossible, de se procurer dans le commerce de la pharmacie, au moins aujourd'hui, de la glycérine exempte de sels, d'acides ou d'alcalis ;

2° Que, dans son état de pureté, la glycérine me paraît devoir être assimilée à un corps gras, axonge, saindoux, cold-cream simple ; qu'elle en partage tous les avantages, sans que nous puissions être autorisé par nos essais à ne lui rien accorder de plus ;

3° Qu'en raison de sa *liquidité*, de son *absence presque complète d'odeur*, elle peut, dans certains cas, être préférée à d'autres corps gras.

4° Que la faculté qu'elle possède d'absorber l'humidité de l'air pourra être, dans certaines circonstances, un avantage, et, dans

des circonstances opposées, un inconvénient, pour son emploi;

5° Que tout linge enduit de glycerine doit être blanchi à la lessive, pour être parfaitement privé de ce corps.

Et, comme conclusion générale, nous dirons que l'on a fortement exagéré ses bons effets; qu'elle n'a dû probablement les résultats qu'elle a produits qu'à ses altérations par des sels, des acides ou des alcalis; qu'il serait par conséquent à désirer que le commerce s'occupât sérieusement de régulariser la préparation et la purification de la glycérine, de manière à avoir toujours à sa disposition de la glycérine pure: car si la glycérine qui nous a été fournie pour nos essais dans les hôpitaux n'était pas pure, je laisse à penser ce qu'elle pouvait être dans le commerce de la droguerie et de la pharmacie de la ville.

Dans un prochain article, nous aborderons l'étude de la glycérine médicamenteuse.

De l'ipécacuanha dans la fluxion de poitrine muqueuse.

Par le docteur Cade, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a pour but, comme son nom l'indique, d'enregistrer les acquisitions de médicaments nouveaux, et, ce qui n'est pas moins important, de faire connaître les applications nouvelles ou peu connues des médicaments déjà admis dans la science, dans des cas de maladie bien déterminés, ou, en d'autres termes, de perfectionner et d'étendre, s'il se peut, les applications de la pratique.

C'est donc au *Bulletin de Thérapeutique* que nous devons adresser le résultat de notre observation sur l'efficacité de l'ipécacuanha dans la fluxion de poitrine muqueuse, efficacité déjà signalée, mais peu connue. Si, à la vérité, la tradition n'est pas muette sur le mode d'action de l'ipécacuanha dans la fluxion de poitrine muqueuse, elle n'avait pas précisé, comme nous ont permis de le faire la percussion et l'auscultation, la lésion du poumon, qui a été avantageusement modifiée, sinon détruite entièrement par l'ipécacuanha, dans un cas où la médication rationnelle avait échoué.

Le professeur Broussonnet insistait beaucoup dans sa clinique sur l'efficacité de l'ipécacuanha en infusion dans les fluxions de poitrine malignes auxquelles Baillou a donné le nom de *cacoëthes*. Le praticien de Montpellier recommandait de donner, dans ces cas, l'ipécacuanha en infusion, et par cuillerées à bouche, à des intervalles d'une ou deux heures.

Son père lui avait appris à se servir de l'infusion d'ipécacuanha dans le cours des fièvres putrides. A l'imitation du docteur Fargeon, il ordonnait avantageusement, dans certaines fluxions de poitrine, un loock composé avec une infusion d'ipécacuanha et la manne en larmes. Il traitait aussi avec l'ipécacuanba beaucoup de fièvres puerpérales. En considération de ces documents pratiques, M. Broussonnet eut l'idée de substituer l'ipécacuanha au tartre stibié à hautes doses, et comme il savait que les médicaments altérants n'agissent que lorsqu'ils sont dissous, il fit infuser l'ipécacuanha et se garda bien de le donner en substance [1].

Dans notre vallée du Rhône, l'élément inflammatoire prédomine ordinairement dans les fluxions de poitrine; nous ne nous trouvons donc guère en présence de ces fluxions de poitrine que la saignée répétée aggrave. Cette année a été cependant exceptionnelle. Les pluies abondantes et l'excessive humidité ont fait dominer cette année l'élément adynamique nerveux ou muqueux dans nos maladies d'hiver, et dans le cas dont nous traçons l'historique, il nous a été donné de constater une fluxion de poitrine réduisant en très-peu de temps la presque totalité du poumon droit à l'hépatisation, malgré l'emploi d'un traitement méthodique, laquelle hépatisation a mis encore moins de temps à se résoudre sous l'influence de l'infusion d'ipécacuanha à haute dose, qu'elle n'en avait mis à se former. Cependant la convalescence a été pénible et proportionnée à la gravité du mal.

L'absence des périodes régulières est, au reste, un des caractères de ces maladies.

Obs. M. Bart., âgé de trente-trois ans, doué d'une bonne constitution et d'une poitrine large, fut atteint, le 10 février 1856, de froid, frissons et céphalalgie; plus tard, chaleur générale, âcre, pouls fréquent et plein. Dans la soirée, le malade tousse et se plaint d'un point de côté vers l'omoplate droite (saignée de 250 grammes). Le sang offre une petite couenne, peu épaisse, nageant dans beaucoup de sérosité.

11 février. Crachats rouillés, persistance du point de côté, pouls fréquent et devenu faible depuis la saignée, difficulté d'expectorer (looch kermétisé à 5 centigrammes, par cuillerée d'heure en heure). Le soir, les crachats ont une couleur jus de pruneaux, râle crépitant vers la partie moyenne du thorax à droite. Urines épaisses et d'un rouge ocracé (vésicatoire au bras).

---

[1] Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, t. II, p. 141.

12 février matin. Râle crépitant sur une plus grande surface ; matité dans l'hypocondre droit s'étendant vers les neuvième et huitième côtes. Le malade interrogé répond qu'il a eu l'année précédente un ictère, et nous présumons que la matité de l'hypocondre tient en partie à un engorgement du foie laissé par l'ictère. Continuation du looch kermétisé. Vers le milieu du jour, le malade se plaint de souffrir du côté droit dans une plus grande étendue (vésicatoire sur le côté). Le soir, la douleur persistant et le pouls s'étant relevé, on applique quinze sangsues au-dessous du vésicatoire (looch blanc avec oxyde blanc d'antimoine, 1 gramme).

13 février matin. Le looch antimonié n'a pas excité de sueur. Facies abattu, la matité s'élève sensiblement. L'oreille ne perçoit presque plus de murmure respiratoire au côté droit du thorax que vers la clavicule. Dans le mouvement respiratoire, le côté gauche du thorax se développe sensiblement, tandis que le côté droit est presque immobile (julep gommeux, 100 grammes avec tartre stibié, 20 centigrammes). Le vésicatoire du bras n'a donné qu'une ampoule peu étendue. Le soir, la potion stibiée n'a provoqué aucun vomissement ni selles. Continuation.

14 matin. Délire dans la nuit ; abattement de temps en temps ; le malade a une peine extrême à respirer. Pouls faible (julep avec musc, 25 centigrammes, lavement purgatif). Forte selle ; sous l'influence du musc, le pouls se relève dans la soirée. On applique un large vésicatoire au-devant de la poitrine. On renouvelle la potion stibiée.

15 février matin. Même état. Dyspnée insupportable dans la journée ; vers le soir le malade se croit au moment d'expirer. Douleur atroce dans la région dorsale ; angoisse. Potion avec 10 centigr. de cyanure de potassium, qui n'est prise qu'en partie, 1 centigramme d'acétate de morphine ; plus tard, laudanum, 6 gouttes.

16 février matin. Même état. Les vésicatoires n'ont pas pris. Dans la soirée, potion avec oxymel scillitique, 15 grammes ; sirop d'ipécacuanha, 30 grammes.

17 février matin. La nuit a été meilleure (ipécacuanha, 1 gramme ; écorce d'orange, 4 grammes. Faites infuser dans 200 grammes d'eau). Le malade trouve que cette potion, prise par cuillerées à bouche, d'heure en heure, est plus agréable que toute autre, plus légère à l'estomac.

18 février matin. Le malade respire plus facilement ; les crachats sont d'un blanc jaunâtre, moins sanguinolents ; un seul crachat arrondi est rouge et composé de sang presque pur. Pouls moins fré-

quent, langue blanche et humide, continuation de l'ipécacuanha en infusion. Le soir on entend un râle crépitant à la partie supérieure droite du thorax, là où auparavant on n'entendait aucun murmure respiratoire. Le vésicatoire de la poitrine qui était resté sec commence à couler.

19 février matin. On entend un râle sous-crépitant dans toute l'étendue de la partie antérieure droite du thorax; redoublement de chaleur au milieu du jour, gêne de la respiration par moments. Le soir, on commence à entendre du râle à la partie supérieure et postérieure de la poitrine. Continuation de l'ipécacuanha.

20 février. Murmure respiratoire pur à la partie antérieure de la poitrine. Le râle a disparu dans cette partie ; il persiste seulement à la partie postérieure et inférieure. La percussion donne un résultat en harmonie avec celui de l'auscultation ; sonorité sur toute la partie antérieure du thorax. Pas de redoublement.

21 février. Même état. On abandonne l'ipécacuanha. Le malade entre en convalescence et commence à manger. Il a pris de 3 à 4 grammes d'ipécacuanha en totalité.

25 février. Le malade, en se levant pour laisser faire le lit, éprouve un retour du point de côté à droite; on entend aussi un peu de râle.

26 février. Un peu de gêne de la respiration. Purgation suivie de diminution de la douleur de côté.

27 février. Le point de côté persistant, on le recouvre d'un vésicatoire.

28 février. La douleur a cessé, mais on entend encore un peu de râle et de respiration puérile à la partie inférieure droite du thorax. (Julep gommeux, 150 grammes, avec iodure de potassium, 50 centigrammes, par cuillerées d'heure en heure.)

29 février. La respiration puérile persiste; on donne le julep ioduré à 75 centigrammes. Les jours suivants il n'y a plus de fièvre le matin, mais il y en a plus ou moins le soir après le repas du malade.

6 mars. Le malade éprouve encore de temps en temps quelques mouvements fébriles et un peu de douleur au côté. Nous revenons à l'ipécacuanha; seulement, au lieu d'un gramme on n'en fait infuser que 50 centigrammes dans 200 grammes d'eau, et au lieu de le donner d'heure en heure par cuillerée, on ne le donne que de deux heures en deux heures.

12 mars. On entend un murmure respiratoire normal dans toute la partie antérieure et droite de la poitrine ; sur la partie inférieure

et postérieure correspondante le murmure respiratoire est un peu plus obscur.

Réflexions. — La fluxion de poitrine a débuté chez ce malade par de la fièvre et un peu de douleur au-dessous de l'omoplate droite. Une saignée de 250 grammes est pratiquée. Le sang se recouvre d'une petite couenne peu épaisse, qui nage dans une sérosité copieuse. Ce n'est que le lendemain qu'apparaissent les crachats rouillés qui caractérisent la pneumonie. Le sang qui colore les crachats n'est pas rouge, mais brun, jus de pruneaux. Le pouls, au lieu d'être dur et plein comme la veille, est mou et dépressible. Le malade a peine à expectorer. L'auscultation décèle un râle crépitant vers la partie moyenne du thorax.

Devait-on revenir à la saignée ? Le pouls, la difficulté de l'expectoration et l'abattement étaient loin de l'indiquer. Une potion kermétisée et un vésicatoire au bras étaient plus propres que la phlébotomie à faciliter l'expectoration et à détourner le mouvement fluxionnaire.

Depuis plus d'un mois une température chaude et humide avait succédé à un froid rigoureux, pendant lequel on put remplir les glacières. Baillou, dans une constitution analogue de 1571, dit : « Quum « hiems præcessisset asperrima, ac exciperetur ab austrino pluvio« que tempore... Quum tempus vernaret et tepidiusculum foret, « repentini laterum dolores oriebantur ; in doloribus hujuscemodi « sectio venæ non profuit. » Les crachats rouillés eussent peut-être indiqué la saignée, mais l'état général la contre-indiquait : « Fieri « potest ut morbus is quidem desideret, corpus autem vix pati vi« deatur. (Galien, l. XI, c. x, *de Venæ sect.*)

L'oxyde blanc d'antimoine n'amenant aucune sueur et n'ayant pas d'effet résolutif sur l'engorgement du poumon, nous eûmes recours au tartre stibié, à dose de 20 centigrammes dans un julep. Il fut toléré, mais n'eut d'autre effet que de déprimer les forces. Nous opposâmes avec avantage au délire qui survint 25 centigrammes de musc, qui releva aussi un peu les forces, déjà presque anéanties ; mais le poumon resta dans le même état. Me permettra-t-on de rappeler ce que j'écrivais en 1825 dans une thèse au sujet de cette maladie. « Irrégulières dans la succession de leurs périodes, obscures et indécises dans leur développement (surtout à cette époque, où la percussion et l'auscultation étaient bien imparfaites), les fluxions de poitrine muqueuses, disposées à s'associer subitement avec l'élément ataxique nerveux ou malin, offrent des caractères qui sont ceux de toutes les affections muqueuses ; aussi est-il très-rare de

pouvoir vérifier dans ces maladies le calcul des jours critiques, qui sont d'autant plus évidents que la maladie se rapproche de la nature inflammatoire. »

Nous avions eu recours au cyanure de potassium et aux opiacés pour combattre quelques phénomènes nerveux de mauvaise augure, lorsque dans la soirée du septième jour de la maladie nous essayâmes le sirop d'ipécacuanha. Le malade passa une meilleure nuit. Ce résultat fut pour nous un trait de lumière ; il nous mit sur la voie de l'ipécacuanha en infusion préconisé par le professeur Broussonnet. Nous prescrivîmes donc une infusion d'ipécacuanha, 1 gramme, écorce d'orange, 4 grammes, dans 200 grammes d'eau, à prendre par cuillerée à bouche, de deux heures en deux heures.

Sous l'influence de cette infusion, le sang disparut de la matière expectorée. Le râle revint au-dessous de la clavicule sur des points où l'on n'entendait plus de bruit de la respiration, et à mesure que la racine de Brésil se donnait, la dyspnée diminuait et la résolution de l'engorgement du poumon s'opérait d'une manière sensible de haut en bas, en sens inverse, par conséquent, du trajet de bas en haut, selon lequel s'était formé l'engorgement.

On pouvait suivre par l'auscultation et la percussion les progrès sensibles de la résolution de la maladie, de même qu'on avait pu apprécier par ces deux modes d'exploration les progrès de l'engorgement.

Comment donc agit l'infusion d'ipécacuanha dans ce cas ?

Le professeur Broussonnet, en énonçant qu'il avait eu l'idée de substituer l'ipécacuanha au tartre émétique à haute dose, donne à penser que l'ipécacuanha produit de même que le tartre stibié la résorption du sang, ou mieux, de la sérosité âcre, subtile et maligne qui engorge le poumon, pour me servir de l'expression de Baillou.

Bien que le résultat de ces deux agents soit identique, leur mode d'action ne l'est pas. Le tartre stibié est antiphlogistique, tandis que l'ipécacuanha en infusion est tonique.

Cette propriété de l'ipécacuanha avait été reconnue par un médecin anglais, M. Higginbottom, en 1814. L'ipécacuanha, dit le médecin anglais, possède une propriété tonifiante ou excitante, entièrement opposée à l'action dépressive ou antiphlogistique du tartre stibié.

C'est en relevant le ton de l'économie et spécialement du poumon que l'ipécacuanha a provoqué la résorption de cette sanie, *serum acre, subtile, malignum, efferum, eludens exclusionis ansam, et pe-*

pasmi occasionem, a quo siderantur pulmones derepente (1), qui hépatisait le poumon.

Dans les engorgements externes, n'employons-nous pas, selon l'opportunité, les antiphlogistiques ou les excitants, pour arriver à une résolution complète ?

Dans les cas analogues à celui que nous venons d'exposer, le temps presse : *occasio præceps*. Quand les antiphlogistiques et les préparations antimoniales jointes aux dérivatifs ont échoué, on est heureux d'avoir dans l'infusion d'ipécacuanha un moyen thérapeutique d'une aussi grande valeur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du phimosis. — De l'opération qu'il nécessite.

Par M. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.

Depuis quelque temps on écrit beaucoup sur le phimosis, principalement sur l'opération qu'il nécessite. Les procédés se sont tellement multipliés, qu'il me serait peut-être impossible ici de les énumérer tous. Jamais le désir de *faire autrement* ne s'est manifesté d'une manière plus excessive. Je vais jeter un coup d'œil sur les différentes variétés de phimosis ; je dirai ses inconvénients et ses dangers. J'exposerai ensuite le procédé le plus convenable, c'est-à-dire celui qui fournit les résultats les plus prompts, les plus beaux. Je terminerai par une observation qui prouve à quel résultat déplorable on peut arriver par un procédé vicieux, ou, pour mieux dire, par l'exécution inhabile d'un procédé qui a cours dans la science.

Variétés du phimosis. — Quelquefois il n'y a que rétrécissement de l'ouverture préputiale ; il semble que la verge, arrêtée dans son développement, n'a pu agir sur cette ouverture pour la dilater. C'est le phimosis que j'ai appelé *atrophique*. En effet, le prépuce est très-peu prononcé ; il est très-mince, et vers le limbe il semble n'être constitué que par la muqueuse. On comprend qu'ici la simple incision ou l'excision partielle pourraient à la rigueur être applicables.

D'autres fois il y a prolongation plus ou moins prononcée de la muqueuse et de la peau. Le prépuce s'avance alors sous forme de canal ; il semble une continuation, un ajoutage de l'urètre. Il y a alors, selon moi, *phimosis hypertrophique*. On comprend tout de suite que les

(1) *Ballonii Opera*, tome I, p. 62.

procédés opératoires, consistant à exciser le prépuce, que la circoncision est surtout applicable à la variété *hypertrophique*.

Le phimosis *accidentel* est quelquefois produit par des irritations continuelles du prépuce, lesquelles déterminent une espèce d'hypertrophie ou d'induration de cette partie. Ce phimosis accidentel est alors chronique. Il peut être aigu quand il est produit par l'irritation des chancres ou par celle d'une blennorrhagie violente, avec complication de lymphite ou d'une espèce de phlébite oblitérante. Le phimosis accidentel ne s'observe que chez ceux qui ont naturellement un prépuce plus ou moins étroit et exubérant. Dans les cas de phimosis congénital, le prépuce subit une modification qui le fait ressembler au phimosis accidentel ; c'est ce qu'on observe chez les adultes qui n'ont pas été opérés. Dans la plupart des cas, on trouve que l'ouverture du prépuce est entourée d'un cercle comme fibreux et qui ne se laisse pas dilater. Dans un âge plus avancé, l'endurcissement porte non-seulement sur ce point du prépuce, mais sur la muqueuse et les autres éléments anatomiques qui le constituent.

Inconvénients, dangers du phimosis. — Le phimosis a des inconvénients, il expose à des dangers qui justifient les opérations qu'on a pratiquées de tout temps pour corriger cette difformité. Voici ces inconvénients, ces dangers.

1° Tout rétrécissement de l'ouverture préputiale fait qu'entre le gland et son enveloppe se trouve une cavité dans laquelle peuvent séjourner des humeurs irritantes, des humeurs contagieuses, car le lavage alors est plus difficile ; il n'est même jamais complet. Aussi la balanoposthite simple ou spécifique et les chancres sont-ils plus fréquents chez les sujets qui ont un phimosis.

2° Une ouverture préputiale très-étroite, son absence pouvant donner lieu à une rétention plus ou moins complète d'urine, ce qui peut être directement dangereux. Plus tard même on peut voir se former dans la cavité préputiale des calculs plus ou moins volumineux.

3° Le gland toujours recouvert est plus sensible ; sa sécrétion, celle du prépuce séjournant sur la muqueuse, l'excite, l'irrite ; de là des démangeaisons, des excitations qui portent à la masturbation, qui retentissent vers les voies, les vésicules séminales ; d'où, comme lont reconnu tous les praticiens, une double cause de spermatorrhée.

4° Le prépuce, tiraillé pendant le coït, se déchire plus souvent, se gerce, d'où une grande facilité d'inoculation chancreuse, puis de nouvelles irritations endurcissent peu à peu la muqueuse, la peau,

et peuvent faire dégénérer plus tard ces deux membranes. On sait d'ailleurs que la plupart des cancers de la verge commencent par le prépuce, et que Hey et Roux ont considéré le phimosis comme une prédisposition à cette dégénérescence.

5° On sait que le paraphimosis est fréquent, et que cet accident s'observe chez les sujets ayant un phimosis.

6° Le phimosis obscurcit nécessairement le diagnostic des lésions du sommet de la verge. Ainsi il est quelquefois très-difficile de savoir si une petite tumeur contenue dans la cavité préputiale est une végétation, un chancre induré, une accumulation de matières sébacée ou de matière lithique.

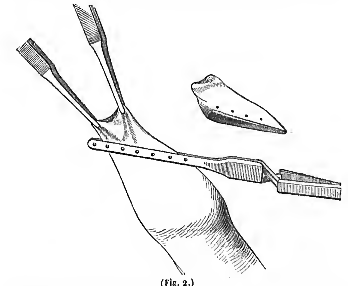
Médecine opératoire. — J'ai déjà dit la déplorable fertilité de certains chirurgiens à l'endroit de la médecine opératoire du phimosis. Je vois quelquefois avec un véritable chagrin ces chers confrères se donner une peine incroyable pour trouver un procédé qui réussit au bout d'un mois, quand ils pourraient tout simplement faire comme on fait à l'hôpital du Midi, c'est-à-dire guérir en vingt-quatre heures. Mais ce n'est pas le tout de guérir rapidement, il faut obtenir des résultats tels qu'une difformité ne soit pas remplacée par une autre difformité.



(Fig. 1.)

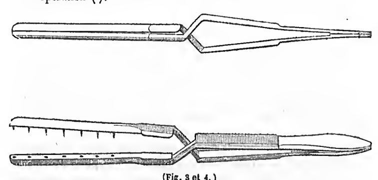
Selon moi, la circoncision, avec réunion immédiate, constitue le procédé qui fournit les résultats les plus prompts et les plus satisfaisants. C'est celui que je pratique journellement. Bon nombre de mes confrères ont pu constater avec moi ses avantages. J'excise très-obliquement le prépuce, dans le sens de la coupe naturelle du gland : la perte de substance est donc beaucoup plus considérable vers le dos de la verge que vers le frein, lequel est respecté. Avant l'excision, je fais tirer la peau vers le pubis, ensuite, avec des pinces, je saisis vers le limbe peau et mu-

queuse, afin que cette dernière membrane ne soit pas trop exubérante. Enfin, je réunis avec des serres-fines d'un petit numéro. Voici d'ailleurs les détails de mon procédé, comme on le trouve dans la dernière édition(4e) de ma *Pathologie externe*. J'y joindrai



(Fig. 2.)

les figures qui représentent les instruments et les principaux temps de l'opération (1).



(Fig. 3 et 4.)

Manuel opératoire. — Un aide saisit la racine de la verge entre l'index et le médius de la main droite, et tire la peau du côté du pubis (*fig.* 1). Le chirurgien exerce une traction en avant sur le pré-

(1) M. J.-B. Baillière a bien voulu mettre les bois à notre disposition.

puce, à l'aide de deux pinces à disséquer ; l'une saisit le limbe (muqueuse et peau) du côté du frein et est confiée à l'aide, qui la tient de la main gauche ; l'autre est appliquée sur le limbe encore ; mais vis-à-vis, vers le dos de la verge, elle est tenue de la main gauche par l'opérateur (*fig.* 2). Avec la main droite, celui-ci applique alors la pince à pression continue, sorte de pince à pansements, dont les branches entre-croisées sont munies en dedans des mors de pointes destinées à fixer les parties, à empêcher le glissement de la peau sur la muqueuse (*fig.* 3 et 4). Cette pince est appliquée obliquement dans la même direction que la coupe naturelle du gland ; elle doit embrasser beaucoup plus de parties du côté du dos de la verge que vers le frein. Les deux autres petites pinces sont alors retirées, et le chirurgien procède à la section du prépuce. Elle s'opère au moyen de forts ciseaux droits, comme ceux du bec-de-lièvre. Ils agissent entre la pince et le gland, dans la même direction que la couronne de celui-ci. Si l'on coupait au-dessous des pinces, on laisserait une zone du prépuce mâchée, et la réunion marquerait, comme cela arrive à ceux qui ne veulent pas couper au-dessus, dans la crainte de blesser le gland, ce qui est de toute impossibilité quand il n'y a pas d'adhérence entre lui et le prépuce.

La circoncision est opérée d'un seul trait ; la coupe est oblique, et le frein se trouve conservé. On a enlevé un lambeau, comme on le voit *fig.* 2.

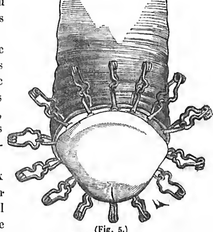
Le gland étant ainsi découvert, on procède au temps principal de l'opération, à la réunion de la plaie. C'est à la régularité, à la précision de la réunion de la muqueuse à la peau qu'on devra la promptitude, la beauté du résultat ; c'est le temps de l'application des serres-fines, celui qui est peut-être négligé en général.

L'aide est ici très-utile. Avec deux petites pinces à disséquer tenues une de chaque main, il saisit la peau et la muqueuse, les affronte bien, sans intermédiaire de tissu cellulaire, et là où les deux feuillets tégumentaires se touchent, l'opérateur applique la serre-fine. Il vaut mieux commencer la réunion du côté du frein. On aura soin ici de bien appliquer la muqueuse de cet organe contre le raphé de la peau de la verge. On devra multiplier les serres-fines. J'en place quinze, quelquefois vingt. Dans les premiers temps, j'attendais parfois jusqu'à un quart d'heure pour réunir ; maintenant j'applique les serres-fines dès que le coup de ciseaux est donné. Si une artériole fournit un peu de sang, on la tord, ou bien on la saisit avec une serre-fine, qu'on enlève après que toutes les autres sont appliquées. Le pansement est bien simple : la verge est seulement recouverte

d'une compresse fendue qu'on a soin d'humecter avec de l'eau fraîche de temps en temps durant la journée.

La figure 5 (grandeur réelle) représente l'opération terminée, le nombre, la distance des serres-fines. On voit ces pinces sous toutes leurs faces.

Douze heures après, vingt-quatre heures au plus tard, les serres-fines sont enlevées, et si l'opération a été pratiquée avec méthode, si les serres-fines ont été réappliquées avec soin, si on a opéré sur des tissus parfaitement sains, la réunion existe. Les faits à l'appui se comptent maintenant par centaines.



(Fig. 5.)

Voici le fait malheureux auquel j'ai fait allusion en commençant cet article. Il est fourni par un malade qui a été en observation dans le service de M. Nélaton. Ce malade a été opéré en ville. On n'a pu savoir quelle était la variété de phimosis pour lequel il a été opéré; mais c'est l'excision qui a été pratiquée.

Selon le rédacteur de la France médicale, qui rend compte du fait, le praticien, n'ayant pas probablement une expérience suffisante, n'a pas réfléchi que la peau qui recouvre la verge est douée d'une extrême mobilité, d'une laxité non moins grande, conditions nécessitées par les volumes différents que peut physiologiquement présenter l'organe, dans l'état de flaccidité et dans l'érection. Il a attiré les téguments à lui avec tant de force, que, lorsqu'il a eu fait la section circulaire et que les téguments ont repris leur situation normale, ils se sont trouvés divisés presque à la base de la verge.

L'aspect que présente le membre est le suivant : le gland est à découvert; au-dessous de sa base, un large repli formé par la muqueuse; puis un léger espace de plusieurs centimètres d'étendue, privé de téguments, et enfin à un centimètre ou un centimètre et demi de la base de la verge, très-près, par conséquent, du plan formé par la paroi antérieure de l'abdomen, la section de la peau.

Après l'opération, il ne paraît pas, d'après ce que nous dit le malade, que l'on ait fait des tentatives de suture pour réunir par première intention.

De là, voici ce qui résulte. La verge présente une large surface suppurante ; des érections sont survenues nombre de fois depuis l'opération, comme il arrive très-fréquemment toutes les fois que la verge est le siége d'une plaie ; ces érections ont déterminé des déchirures auxquelles ont succédé des hémorrhagies. Mais ce n'est pas l'état présent qui est le plus fâcheux, c'est la question d'avenir qui doit faire bien plus regretter que l'opération ait été si imprudemment faite.

Lorsque la cicatrisation sera complète, la verge éprouvera les plus grandes difficultés à se développer dans le sens de sa longueur, pendant les érections ; car, dans l'état de flaccidité, le dommage ne sera pas bien grand ; quant au développement en longueur, il sera encore moins facile, car cette cicatrisation produira un tube qui bientôt, par suite de la rétraction des tissus, se convertira en anneau rigide, et pendant les érections, les corps caverneux seront véritablement étranglés douloureusement.

Par le procédé de l'incision unique, on n'observe pas les mêmes inconvénients ; mais si on opère un phimosis hypertrophique, on laisse deux grandes oreilles de chien, qui constituent une vraie difformité et gênent quelquefois le coït. J'ai déjà opéré une seconde fois plusieurs individus qui avaient subi ce procédé.

Hygroma prérotulien guéri par une simple incision et une compression méthodique.

Si le but suprême de la chirurgie, comme de la médecine, est la guérison des maladies auxquelles elle s'applique, la simplification des moyens qu'elle emploie pour atteindre ce but est la seconde condition que l'art doit s'efforcer de réaliser. Les convenances le commandent, la nécessité l'impose : les convenances le commandent, parce que le chirurgien doit, autant qu'il est en lui de le faire, ménager la sensibilité de l'homme. La nécessité l'impose, parce que là où intervient la chirurgie, elle crée presque toujours un état anormal, dont il faut que l'organisme triomphe par le déploiement spontané de ses forces, et que moins, dans ce cas, l'art fait crédit à celles-ci dans les actes que les maladies appellent, et plus il se montre puissant. Ces réflexions nous sont inspirées par la pratique de nos voisins d'outre-mer dans le traitement de la maladie qui fait le sujet de cette note. Pendant qu'en France l'hygroma prérotulien est généralement traité par l'é-

vacuation simple de la poche hydrique, dont on s'efforce ensuite d'obtenir l'obturation au moyen des injections irritantes, en Angleterre, les chirurgiens attaquent immédiatement le kyste par l'instrument tranchant, et en font hardiment l'extraction. C'est là, il faut le reconnaître, une opération bien grave, et qui, en face de nos habitudes de prudence, nous paraît téméraire. Ce n'est pas que plus d'un de nos chirurgiens les plus habiles n'aient quelquefois suivi cette voie périlleuse, mais au moins ils s'y sont arrêtés, et l'on peut affirmer qu'aujourd'hui il n'en est pas un seul parmi eux qui osât, d'emblée au moins, tenter cette opération. Notre intention, en écrivant cette courte note, n'est pas de montrer ce que cette opération offre de dangereux, et de poser les cas exceptionnels qui peuvent justifier le chirurgien d'y avoir recours : en touchant à cette question, nous ne nous proposons qu'un but, c'est de citer un fait qui montrera une fois de plus que l'incision seule de la tumeur qui constitue l'hygroma prérotulien, aidée des moyens les plus simples, suffit, dans quelques cas, pour obtenir la guérison radicale de cette lésion. Voici la relation sommaire de ce fait :

Une jeune sœur converse, vivant de la vie conventuelle la plus sévère, vit peu à peu un de ses genoux prendre un développement anormal à sa partie antérieure. Bien que dans les premiers temps de la manifestation de ce mal, cette jeune fille y souffrît parfois des douleurs assez vives, elle ne s'en plaignit pas, et se livra comme par le passé à tous les exercices qui pouvaient l'aggraver, comme très-probablement ils lui avaient donné naissance. Vaincue enfin par la douleur, elle parla de son état à la religieuse chargée de l'infirmerie, qui nous pria de l'examiner ; cet examen nous conduisit aux remarques suivantes : cette jeune fille est parfaitement constituée, et jouit ordinairement d'une santé excellente. La tumeur prérotulienne a environ la grosseur d'un œuf de poule qui serait légèrement aplati. Cette tumeur est nettement circonscrite, manifestement fluctuante ; elle est évidemment renfermée dans une poche aux parois épaisses, résistantes. La pression ne développe, au moment où nous examinons la malade, qu'une douleur fort obtuse ; cependant quand cette jeune fille reste un peu longtemps à genoux, celle-ci devient plus vive, et la force à étendre la jambe de temps en temps pour éviter les effets de la pression. Au reste, aucune rougeur à la peau, articulation parfaitement saine ; en un mot, il est évident que nous avons là sous les yeux un hygroma prérotulien dégagé de toute espèce de complication. Avant d'en venir à l'opération, nous essayâmes d'abord de quelques résolutifs, secondés du repos le plus complet possible, ou

plutôt nous servant de prétexte pour exiger un repos absolu. La compression fut également tentée : résultat complétement négatif; il nous fut dès lors plus facile de faire accepter une opération pour laquelle on avait tout d'abord montré une extrême répugnance. Cette opération fort simple fut pratiquée en quelques instants. L'incision parallèle à l'axe du membre donna lieu à l'écoulement au dehors d'une assez grande quantité d'un liquide visqueux d'une couleur assez foncée. Nous affrontâmes les lèvres de la plaie aussi bien que nous le pûmes, au moyen d'une compression méthodique légèrement serrée; la malade fut condamnée au repos absolu. Des signes non équivoques de réaction nous obligèrent à renoncer à cette compression, qui fut remplacée par des applications émollientes pendant les premiers jours : peu à peu la suppuration s'arrêta, les lèvres de la plaie s'agglutinèrent, une cicatrice complète enfin s'opéra, et la malade reprit successivement ses occupations habituelles, sans autre secours qu'une genouillère qu'elle se fabriqua elle-même, et qui, pendant plusieurs années que je l'ai eue sous les yeux, a suffi, dans son opinion au moins, pour prévenir le retour du mal.

Conclurons-nous de ce fait heureux qu'il faille, en pareil cas, se contenter d'inciser la poche morbide, et d'en déterminer l'évacuation, sans tenter, au moins par les moyens ordinaires, l'iode surtout, d'y exciter une inflammation adhésive qui, ici comme ailleurs, est la méthode la plus sûre pour prévenir le retour du mal? Non, assurément; aussi n'est-ce pas en vue de cet enseignement erroné que nous avons rapporté ce fait, mais uniquement pour mettre plus en relief la témérité de la pratique anglaise, que nous avons rappelée d'abord.

Encore une remarque, et nous finissons : M. Callaway, qui, comme la plupart de ses compatriotes, suit cette pratique, a, dans ces derniers temps, apporté à l'incision de la poche de l'hygroma prérotulien une modification qui nous paraît heureuse, et qu'il est peut-être bon de signaler. Dans le fait que nous avons cité, nous avons, comme tout le monde, pratiqué notre incision sur le centre de la tumeur, par conséquent, sur le point du genou qui, dans certaines conditions, expose la cicatrice qui suit cette incision aux dangers de la pression. Bien que dans notre observation cette cicatrice ne paraisse pas avoir eu à souffrir d'une circonstance qui se reproduit souvent dans la vie de notre malade, placer ailleurs cette cicatrice ne nous paraît pas moins une médication sage, et c'est avec raison que le médecin anglais a tâché de la remplir : il a atteint ce but en y substituant, sur la partie supérieure et externe de la tumeur, deux incisions elliptiques, figurant par leur réunion un croissant à con-

cavité interne qui permet de retrancher la partie superflue de la peau. Une telle incision est sans doute moins propre que celle qui se pratique ordinairement à favoriser l'écoulement du liquide contenu dans la poche qu'elle ouvre, mais on peut parer à cette difficulté par la position, par des pressions convenables, et alors ce procédé reste avec ses avantages réels, et doit être suivi, à moins de contre-indications évidentes.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Notice sur les bains sulfureux; bains avec le foie de soufre, le sulfure de potasse, le sulfure de soude.

Par M. SOUBEIRAN, professeur à la Faculté de médecine.

Suite (¹).

Bains avec le foie de soufre. — Les bains faits avec le foie de soufre peuvent être à base de potasse, de soude ou de chaux.

Bains avec le sulfure de potasse. — Le sulfure de potasse obtenu par la fusion du carbonate de potasse avec le soufre est très-commode pour la préparation des bains sulfureux. Il se transporte facilement et il est si soluble, qu'en quelques instants il disparaît dans l'eau de la baignoire. On le prépare en faisant fondre au feu 3 équivalents de carbonate de potasse et 8 équivalents de soufre : l'acide carbonique est éliminé, et il reste une masse d'un jaune brun verdâtre qui est le foie de soufre des anciens. C'est un mélange d'hyposulfite de potasse et de trisulfure de potassium. On est dans l'habitude de fabriquer le sulfure de potasse destiné au bain avec de la potasse du commerce; il s'y trouve alors en plus le sulfate de potasse et le chlorure de potassium qui appartenaient à l'alcali employé. La dose de ce sulfure impur doit être élevée de 1/6 au-dessus de celle du foie de soufre pur.

Le foie de soufre donne un bain coloré en jaune verdâtre qui a une composition tout autre que celui fait avec le sulfure de sodium. Ce n'est plus un monosulfure, mais un trisulfure, accompagné d'un hyposulfite qui concourt pour sa part aux effets médicamenteux. On sait, en effet, que Chaussier a préconisé l'usage de l'hyposulfite de soude contre les exanthèmes chroniques et les maladies des viscères; on sait encore que les eaux minérales sulfureuses dé-

(¹) Voir le numéro du 15 mars, page 216.

générées, où l'hyposulfite a complétement remplacé le sulfure, n'ont pas pour cela cessé d'être actives; que certains établissements n'ont que des sources de cette nature et que dans d'autres ces eaux servent avantageusement à l'alimentation des piscines. En tout cas, si les bains préparés avec le foie de soufre ne peuvent jamais avoir la prétention de remplacer les eaux sulfureuses naturelles, ils n'en sont pas moins un médicament actif et utile en faveur duquel l'expérience a prononcé.

Le foie de soufre, qui est, comme je l'ai dit, un mélange de deux sels différents, a conservé dans la médecine le nom commun de sulfure de potasse, qu'il a reçu à une époque où l'on croyait le soufre combiné à l'oxyde alcalin.

Il a la composition suivante :

2 éq. potassium……. 6 éq. soufre……….	= 2 éq. trisulfure de potassium…..	64,6
2 éq. soufre………. 2 éq. oxygène…….. 1 éq. potasse……..	= 1 éq. hyposulfite de potasse … .	35,4
		100

La quantité de trisulfure est représentée par 41 de monosulfure de potassium et 23,6 de soufre en excès.

Si on voulait comparer le sulfure de potasse au sulfure de sodium des eaux des Pyrénées, il faudrait se rappeler que l'équivalent du sodium est plus léger que celui du potassium; les 41 grammes de monosulfure potassique ne représentent que 29 grammes de monosulfure sodique.

50 grammes de sulfure de potasse pur dissous dans l'eau correspondent pour la proportion de monosulfure au bain dans lequel on aurait introduit 44 grammes de sulfure de sodium cristallisé, ce qui est la plus forte sulfuration des eaux des Pyrénées. Il y a en plus 4 équivalents de soufre constituants du polysulfure et 1 équivalent d'hyposulfite de potasse. Dans la pratique, on a peu tenu compte de ces rapports et l'on montre de la tendance à exagérer la dose du sulfure de potasse.

Un bain fait avec le sulfure de potasse change peu de composition pendant une heure que le malade y séjourne. Un bain fait avec 50 grammes de sulfure détruisait, au moment où il venait d'être préparé, 288 milligrammes d'iode par litre, et 276 milligrammes encore une heure après. Ici la proportion d'iode ne représente pas seulement la proportion du sulfure; l'action est double et l'iode disparaît sous deux influences : celle du sulfure alcalin, qui donne du

soufre et de l'iodure de potassium, et celle de l'hyposulfite, qui est changée en tétrathionate de potasse. Un cinquième de l'iode sert à cette dernière transformation.

L'usage d'introduire un acide dans le bain de sulfure de potasse a prévalu aujourd'hui. Il est à remarquer que c'est par là que l'on avait commencé, et qu'il devait en être ainsi. On croyait que les aux minérales des Pyrénées étaient minéralisées par de l'hydrogène sulfuré ; un moyen bien simple de les imiter était de dégager ce gaz en faisant agir un acide sur le foie de soufre. C'est ce que fit Plenck dans son *balneum hepaticum*, en ajoutant de l'acide muriatique à la dissolution de sulfure de potasse.

Tryare et Jurine en firent autant dans leur établissement de Tivoli; mais pour se rapprocher davantage des eaux minérales des Pyrénées qui leur servaient de modèle, ils usèrent, suivant qu'ils le dirent à la Société de médecine, du sulfure de soude de préférence au sulfure de potasse. Dans leur pratique, ils le laissèrent bientôt de côté. MM. Boullay et Planche démontrèrent en effet que le bain sulfureux de Tivoli était fait avec un mélange de sulfure de potasse et de sulfure de chaux, auquel on ajoutait un excès d'acide. Ces deux habiles praticiens régularisèrent l'emploi du sulfure de soude par une formule qui a été longtemps suivie par les pharmaciens.

Aujourd'hui, dans les grands établissements de Paris, quand on demande un bain sulfureux ou de Baréges, sans autre désignation, on ajoute toujours de l'acide après la dissolution du sulfure alcalin. Il y a un dégagement d'hydrogène sulfuré et le bain prend un aspect laiteux.

Comme la composition du bain sulfureux varie avec la proportion d'acide qu'on y introduit, il est nécessaire de se rendre compte des effets qui sont produits et de doser l'acide en conséquence.

Dans un bain fait avec 50 grammes de sulfure de potasse pur, j'ai fait dissoudre lentement, en les promenant dans le fond de la baignoire, 23 grammes de bisulfate de potasse, ce qu'il fallait pour décomposer la moitié du sulfure. En pareil cas, il s'est fait du sulfate neutre de potasse, il s'est produit de l'hydrogène sulfuré et il s'est déposé du magistère de soufre qui a rendu le bain laiteux. A cette première action en a succédé une seconde; la moitié du trisulfure de potassium qui n'avait pas été atteinte par l'acide a été décomposée par l'hydrogène sulfuré, qui a précipité deux équivalents de soufre et qui s'est combiné au monosulfure de potassium. Le bain était donc un mélange de sulfure double de potassium et d'hy-

drogène (bihydrosulfate de potasse), d'hyposulfite de potasse et de magistère de so ufre.

On ne peut éviter qu'une portion de l'hydrogène sulfuré séparé par l'acide ne se dégage à l'état de gaz. J'ai vu toujours alors le titre baisser notablement. Un de ces bains, qui absorbait 288 milligrammes d'iode avant l'addition de l'acide, n'en prenait plus que 240 après et 210 seulement à la sortie du bain.

Le bain avec addition d'acide est presque le seul dont on fasse usage aujourd'hui dans les grands établissements de bains de Paris. Il plaît singulièrement aux malades par son aspect laiteux, et surtout parce qu'il leur paraît plus fort; au sortir du bain, ils conservent plus longtemps l'odeur de soufre sur eux et dans leurs vêtements. J'ai fait cette remarque dès le premier bain laiteux que j'ai pris; et cette année, en visitant l'établissement de Bagnères de Luchon, j'ai acquis une nouvelle et curieuse confirmation de ce fait, de la bouche de M. le docteur Pégot. Les bains blancs fournis par la source de la Reine sont très-estimés des malades, qui les croient plus sulfurés et qui en jugent par l'odeur qu'ils conservent plus longtemps sur eux après leur sortie du bain. Ces bains laiteux sont en réalité plus faibles que les bains transparents fournis par la source de Bayen; mais ceux-ci ne laissent pas déposer sur la peau ce magistère de soufre. Cette eau blanche de la Reine se fait d'ailleurs dans les mêmes conditions que nos bains blancs artificiels; c'est une source qui, s'étant mélangée avec de l'eau aérée, contient un polysulfure, que la silice en excès décompose à la manière des autres acides. M. Bithol a prouvé ce fait dans la belle étude qu'il a faite du bain blanc de Luchon.

Si l'on double la quantité d'acide de manière à décomposer tout le sulfure de potasse, le magistère de soufre se dépose encore, mais tout l'hydrogène sulfuré est mis en liberté. C'est le *balneum hepaticum* de Plenck; c'est l'ancien bain sulfureux de Tivoli, et celui qui est donné encore dans quelques établissements. Cette fois, on a affaire à un véritable bain de gaz hydrogène sulfuré. Dans les établissements de bains, on verse de l'acide sulfurique étendu dans la baignoire où le sulfure a été déjà dissous. De cette manière, une assez grande proportion d'hydrogène sulfuré se dégage immédiatement et vient se mélanger à l'atmosphère de la chambre. Il vaut mieux, comme je l'ai dit, avoir recours à un acide solide qui se dissolve lentement et exerce une action décomposante, plus facile à régulariser.

Dans cette sorte de bain, la perte du principe sulfuré est donc

plus grande que lorsque l'acide ne décompose que la moitié du sulfure; elle s'élève plus haut encore si le bain est pris très-chaud. Le médecin doit tenir compte cette fois, et de la portion de gaz hydrogène sulfuré qui est dans l'atmosphère, et de l'action spéciale de celui qui est dissous et qui stimule la peau plus vivement que ne le fait le sulfure alcalin.

J'ai changé la préparation de ce bain en faisant préalablement dissoudre l'acide dans la baignoire, et en n'ajoutant le sulfure de potasse qu'en dernier. On sait que lorsque le sulfure ne reste pas prédominant, il ne se fait pas d'hydrogène sulfuré et que tout le soufre et l'hydrogène se précipitent sous la forme de polysulfure d'hydrogène. Ce corps n'a de stabilité qu'en présence d'une liqueur acide. Comme ce n'est pas la condition de notre bain, à peine formé le polysulfure d'hydrogène commence à se décomposer lentement en gaz hydrogène sulfuré et en magistère de soufre ordinaire. J'ai toujours trouvé qu'alors le soufre qui s'attache à la peau est plus fixe dans sa composition et qu'il conserve son odeur avec plus de ténacité. Cette circonstance pourrait avoir quelque avantage dans le traitement de certaines affections de la peau; ce serait le genre de bains qu'il faudrait choisir pour les galeux, lorsqu'on veut, après leur traitement, les tenir pendant quelque temps, eux et leurs vêtements, sous l'influence des émanations sulfureuses.

Bains de sulfure de soude. — Quand on a pensé à imiter les eaux des Pyrénées au moyen du foie de soufre, il était tout naturel d'avoir recours au sulfure de soude. Cependant le sulfure de potasse fut bientôt presque exclusivement employé, sans doute parce que c'était lui que l'on trouvait déjà dans les pharmacies, parce qu'il était mieux connu, et que sa préparation était plus facile. Rien de plus simple en effet que de fabriquer du foie de soufre potassique, même en opérant sur de grandes masses. Le mélange de soufre et de potasse entre facilement en fusion, et l'acide carbonique s'en va sans que l'on ait grande précaution à prendre pour empêcher la combustion du soufre. Un mélange de carbonate de soude et de soufre exige au contraire une température plus élevée pour fondre, et l'on évite difficilement qu'une partie du soufre ne soit brûlée. Aujourd'hui il se fait une réaction en sens contraire, et le sulfure de soude a pris dans plusieurs établissements la place du sulfure de potasse. C'est un de ces cas fréquents où la soude, à cause de son bas prix, est substituée à la potasse dans les opérations des arts. Quand il s'agit des bains sulfureux, cela est évidemment sans inconvénient.

On évite les difficultés qui s'attachent à la fusion du sulfure de soude en opérant par la voie humide. Une solution de soude caustique étant bouillie avec du soufre, celui-ci se dissout, et l'on obtient un mélange d'hyposulfite de soude et d'un sulfure de sodium plus ou moins sulfuré, suivant le proportion de soufre qu'on y a introduite. En pareil cas, j'adopte le procédé suivant, qui est plus commode, et qui est également applicable à la préparation du sulfure de potasse.

On éteint 120 parties de chaux vive ; on la mélange avec 250 parties de soufre; on délaye dans environ 500 parties d'eau, et l'on fait bouillir dans une chaudière de fonte, jusqu'à ce que le soufre et la chaux soient complétement dissous. On ajoute alors à la liqueur bouillante, et par portions, 240 parties de sel de soude sec du commerce. Quand il est dissous, on essaye la liqueur, qui ne doit précipiter ni par un sel soluble de chaux, ni par le carbonate de soude. Ordinairement, c'est ce dernier sel qui fait défaut ; on en ajoute par tâtonnement, de manière à détruire tout le sulfure de chaux ; on laisse refroidir, on tire à clair, on fait égoutter le dépôt sur des toiles, on le lave et on réserve les eaux de lavage pour une autre opération.

L'opération consiste par le fait à faire du polysulfure de chaux, que l'on décompose ensuite par le carbonate de soude. On donne à la liqueur 25 degrés aréométriques à froid ; elle contient le quart de son poids de sulfure de soude. Il en faut 150 grammes pour équivaloir à 50 grammes de sulfure de potasse du commerce.

(*La fin au prochain numéro.*)

Préparation du sulfate neutre d'atropine.

L'étude suivie dont les sels d'atropine sont l'objet nous engage à consigner ici le procédé suivant que donne M. Ch. Maître dans le Répertoire de pharmacie.

On prend : atropine cristallisée, 10 grammes.

Et on les fait dissoudre dans quantité suffisante d'éther parfaitement pur, exempt d'eau et marquant 66° B.

On prépare, d'un autre côté, un mélange d'acide sulfurique pur et d'alcool à 40° B., dans la proportion de 1 gramme d'acide pour 10 degrés d'alcool, et l'on verse ce mélange goutte à goutte dans a première solution.

La liqueur se trouble, devient laiteuse et laisse déposer sur les parois du vase un précipité volumineux, d'apparence visqueuse,

Quand ce précipité cesse de se former, on laisse reposer quelques minutes, puis on décante l'éther surnageant, et on porte le vase à l'étuve. Le sulfate d'atropine formé ne tarde pas à se dessécher complétement, et il se présente alors sous forme d'une poudre blanche parfaitement neutre, très-soluble dans l'eau, et précipitant abondamment par le chlorure de baryum.

Pour que cette préparation réussisse, il est essentiel d'opérer à la plus basse température possible, et de n'employer comme dissolvant que des liqueurs parfaitement déshydratées. Il faudra vérifier avec soin le degré de l'alcool et de l'éther, n'employer que de l'acide sulfurique concentré, c'est-à-dire monohydraté (cet acide marque 66° au pèse-acide B.). Enfin il sera prudent, au moment où on opère la précipitation, d'essayer, au papier de tournesol, la liqueur où elle se forme, et de ne pas y laisser dominer l'acide. Si cela arrivait, on en saturerait l'excès avec une petite quantité de solution éthérée d'atropine tenue en réserve à cet effet.

Un Mot sur la glucose. — Observation chimique.

Un philosophe, un génie de l'antiquité, Aristote, avait prédit, au dire de ses biographes, qu'un jour l'homme finirait par découvrir les lois qui président à l'entretien des organes chez les êtres animés. Sa prédiction 'est en partie accomplie, et l'honneur d'avoir expliqué quelques-uns de ces mystères appartient à notre siècle. En effet, c'est aux physiologistes éclairés par la physique et la chimie modernes que nous devons de savoir comment s'opère, chez l'homme et les animaux, l'alimentation, qui est, selon M. Dumas, un des phénomènes de la vie physique, et que la glucose est parmi les agents réparateurs une des substances qui jouent un des plus grands rôles.

Notre but, en publiant cette note, n'est pas d'apporter une lumière nouvelle sur la théorie de l'alimentation, non, car nous ne pourrions rien présenter de mieux que ce qui a été écrit jusqu'à ce jour, et que M. Mialhe a si savamment traité dans sa chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique. Notre désir plus modeste est de signaler quelques observations que le hasard nous a mis à même de noter.

Plusieurs confiseurs sont venus nous demander par quel moyen on pourrait conserver le sirop de sucre dans lequel on a fait confire des marrons avant de les glacer, et à quelle cause on doit attribuer cette prompte altération. Nos essais nous ont démontré qu'on devait en rapporter la cause à un peu d'amidon, provenant du mar-

ron, et pour nous en assurer nous avons opéré de la manière suivante :

Eau froide............................	1000 grammes.
Sucre très-blanc..............	60 grammes.
Farine de froment.......................	4 grammes.

Mêlez.

On verse ce mélange dans une bouteille, on l'agite plusieurs fois dans la journée pendant trois jours. Le quatrième, on laisse déposer le liquide. Lorsqu'il est clair, on le décante, pour le séparer complétement du dépôt.

Ce liquide est mis dans une bouteille qu'on remplit entièrement; on la bouche avec un papier, et on la dépose dans une étuve chauffée à 20 degrés.

Après six semaines de séjour, le liquide a pris la consistance d'un magma épais, semblable à l'empois; sa saveur est à peine sucrée; il rougit le papier de tournesol.

Nous avons cherché à utiliser ce produit. Nous avons reconnu qu'étant d'un très-beau blanc, il pouvait servir à gommer les tulles et les dentelles; mais avant il faut neutraliser l'acide acétique qu'il contient par quelques gouttes d'ammoniaque.

Les phénomènes chimiques qui se passent dans l'expérience ci-dessus sont trop connus pour que nous en donnions la théorie; seulement nous ferons observer que l'acide acétique remplace dans ce cas les acides minéraux. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur le traitement du sclérème chez les nouveau-nés par le massage et l'excitation musculaire.

La petite note qu'on va lire a pour objet le traitement du sclérème chez les nouveau-nés par le massage et l'excitation musculaire. Cette méthode a été mise en pratique pour la première fois par M. Legroux, sur un enfant qu'il a présenté guéri à la Société médicale des hôpitaux.

J'appellerai l'attention sur ce fait : 1° en raison de son importance pratique; 2° parce qu'il me paraît pleinement confirmer les idées que j'ai émises sur l'algidité progressive des nouveau-nés.

Et d'abord je dis que ce fait a une importance pratique considérable, beaucoup plus considérable qu'on ne serait porté à le croire au premier abord. En effet, il prouve qu'on peut conserver l'existence d'une foule de petits êtres qui, dans les établissements hospitaliers,

étaient considérés comme fatalement voués à la mort, à partir du moment où ils présentaient les symptômes de l'endurcissement du tissu cellulaire. Ce qui, jusqu'à ce jour, a fait de ce pronostic une sentence irrévocable, un arrêt sans appel, dans les hospices d'enfants trouvés, c'est l'insuccès des diverses tentatives qui ont été faites à diverses époques pour guérir le sclérème des nouveau-nés.

Les frictions excitantes avec l'eau-de-vie, avec des solutions de sel, de savon, etc., n'ont jamais produit aucun résultat satisfaisant. L'exposition à la flamme d'un foyer, les bains chauds ne présentent pas plus d'avantages. Baron père m'a dit avoir vu périr presque subitement quatre enfants sclérémateux, soumis à l'action des bains de vapeur. Je ne sache pas qu'on ait été plus heureux en employant les affusions avec de l'eau fraîche ou les frictions sur les extrémités avec de la glace. Quant aux évacuations sanguines, dont on a proposé l'emploi pour combattre les accidents déterminés par le sclérème, je ne m'étonne que d'une chose, c'est que des hommes comme Paletta, Dugès, Léger, Troccon, Valleix, aient pu attacher leur nom à une pareille médication. Si l'on réfléchit, en effet, que la faiblesse congénitale est une des causes prédisposantes les plus réelles du sclérème, on comprendra sans peine que tout traitement qui contribuera à augmenter cette faiblesse n'aura d'autre effet que d'accroître la tendance au refroidissement progressif, et, par suite, de précipiter la terminaison funeste. Mais, dira-t-on, les applications de sangsues derrière les oreilles ou sur la poitrine ont simplement pour but de combattre la congestion passive dont l'encéphale et les poumons deviennent le siége. A cela je réponds : ce qui congestionne ces organes viscéraux, c'est l'inertie et l'engourdissement dans lequel le froid plonge les nouveau-nés. Or, pensez-vous sérieusement pouvoir rétablir les fonctions lésées de la caloricité en privant d'une quantité plus ou moins notable de sang un organisme déjà dénué de toute force vitale et réactionnelle ? Je ne discuterai pas plus longtemps ce point de pratique ; je ferai seulement remarquer qu'après avoir inutilement employé tous les moyens dont je viens de parler, Baron père, dont l'expérience était grande en pareille matière, se bornait à envelopper les nouveau-nés endurcis dans des langes de laine recouverts d'une toile cirée. On procurait ainsi aux petits malades une chaleur douce qui amenait souvent de la moiteur et une diaphorèse plus ou moins prononcée. J'ai vu, dans certains cas même, se résoudre en partie l'endurcissement, lorsqu'il n'occupait qu'une portion limitée de la surface du corps ; mais la mort arrivait toujours ultérieurement, soit par la reproduction de la maladie, soit par la

persistance des congestions viscérales, soit enfin parce que les enfants réduits au marasme tombaient dans cet état que j'appelle la cachexie sénile des nouveau-nés ou la décrépitude infantile, état dont l'allaitement même par une nourrice ne suffisait pas à les relever.

Il reste donc démontré, par l'énumération que je viens de faire des principales ressources que nous possédons contre le sclérème des nouveau-nés, que la thérapeutique est à peu près complétement désarmée vis-à-vis de cette redoutable maladie. Ce n'est pas qu'il n'existe dans la science quelques cas de guérison ; Paletta, Mondière, Billard, Valleix ont vu réussir, dans certaines circonstances, quelques-uns des moyens dont j'ai parlé ; plusieurs membres de la Société des hôpitaux ont également cité des faits qui témoignent de la possibilité de la guérison. M. Barthez entre autres a obtenu la disparition de l'œdème en engageant la mère de l'enfant à le tenir continuellement appliqué sur son ventre et sur sa poitrine. Mais ce sont là de ces rares et heureuses exceptions sur lesquelles il n'est permis de faire aucun fonds solide, et qui ne sauraient d'ailleurs infirmer la règle. Or, la règle, c'est que tout enfant nouveau-né atteint de sclérème est voué presque infailliblement à une mort certaine. Si l'on exigeait la preuve de ce que j'avance, on la trouverait à l'hospice des Enfants-Trouvés qui, à l'heure qu'il est encore, enregistre autant de décès que de sclérèmes.

Ceci posé, n'est-il pas évident que l'homme qui se présenterait armé d'un moyen assez puissant, je ne dis pas pour sauver tous les nouveau-nés endurcis, cela ne me paraît guère possible, mais pour diminuer dans une proportion plus ou moins notable la mortalité vraiment effrayante qui pèse sur cette classe nombreuse de petits malades, surtout dans les établissements hospitaliers, celui-là, dis-je, rendrait un service très-réel à la science et à l'humanité tout ensemble.

Or, M. Legroux nous a mis à même d'apprécier les résultats d'une méthode qu'il met depuis quelque temps en pratique pour le traitement du sclérème des nouveau-nés. L'enfant qu'il a présenté à la Société des hôpitaux n'offrait plus, en effet, trace d'endurcissement ; il paraissait assez vivace ; mais il était profondément amaigri, et il avait l'aspect d'un petit vieillard. Pour moi, la guérison n'est pas complète, et je considère son existence comme très-précaire, tant qu'il ne sera pas sorti de cet état cachectique.

Toutefois, il faut reconnaître que la disparition de l'œdème sous l'influence du traitement employé par M. Legroux est un fait considérable et qui mérite d'être pris en très-sérieuse considération. Car

cet honorable praticien assure avoir réussi dans un certain nombre de cas, et l'expérience démontre qu'on ne peut jamais ici attribuer la guérison aux efforts de la nature. Tout succès thérapeutique est donc en pareil cas un succès incontestable et bien légitime... Connaissons-nous beaucoup de maladies auxquelles on puisse appliquer cette proposition ?

Le traitement mis en usage par M. Legroux a consisté tout d'abord dans l'emploi du massage. M. Legroux pétrissait, en quelque sorte, les parties affectées, et il réussissait par ce moyen à rétablir la circulation et à ramener la chaleur dans les régions où siégeait l'endurcissement. Puis l'habile médecin de l'Hôtel-Dieu a associé au massage l'excitation musculaire par des mouvements communiqués.

Il imprime aux membres des mouvements alternatifs, rapides et fréquents de flexion et d'extension, et exerce sur le thorax des pressions ménagées [1]. Par cette sorte de gymnastique passive, par cette activité insolite communiquée forcément au système musculaire, que fait-on? On accélère la circulation languissante, on précipite les mouvements respiratoires, on secoue de sa torpeur le système nerveux, et sous l'influence de cette triple excitation, la circulation capillaire tend à se rétablir, le tissu cellulaire à reprendre sa souplesse, la température à revenir à son niveau physiologique, et la respiration à recouvrer son type normal.

Si j'ai bien compris M. Legroux, tout ce que je viens de dire est dans sa pensée, et j'ajouterai que tout cela est parfaitement conforme aux idées que j'ai émises moi-même dans mon travail sur l'algidité progressive. — Un mot seulement à ce sujet.

Je dois d'abord rappeler ici que si l'algidité progressive peut exister et existe quelquefois indépendamment du sclérème, ainsi que je l'ai démontré dans mon travail, elle est beaucoup plus souvent encore, c'est-à-dire neuf fois sur dix, accompagnée ou plutôt suivie de l'endurcissement du tissu cellulaire sous-cutané. Je m'explique. Il y a un grand fait pathologique qu'on observe chez un certain nombre d'enfants nouveau-nés ; ce fait, c'est l'abaissement progressif possible de la température du corps, abaissement coïncidant avec le

---

[1] Il ne faudrait pas confondre ces moyens d'action thérapeutique avec la *kinésithérapie*, nouvelle méthode que quelques médecins allemands ont appliquée dans ces derniers temps au traitement de certaines atrophies musculaires, et qui consiste dans le fouettage avec les deux mains du muscle sur lequel on veut agir.

ralentissement du pouls et des mouvements respiratoires. J'appelle cela l'algidité progressive, non-seulement parce que le refroidissement est le phénomène qui nous frappe tout d'abord et le plus vivement, mais parce qu'il est, selon moi, le fait préexistant, le fait principe.

Eh bien, l'algidité progressive peut à elle seule et indépendamment de toute complication grave amener la mort. Elle constitue alors toute la maladie.

Ou bien elle est suivie aussitôt, ou peu de temps après son apparition, des symptômes qui caractérisent ce qu'on appelle le sclérème ou l'œdème des nouveau-nés. Dans ce second cas, l'algidité progressive constitue encore le fait pathologique principal, et je considère le sclérème comme lui étant subordonné de la même manière qu'un effet à sa cause. Le sclérème, ainsi que me le disait M. Legroux dans un court entretien que j'ai eu avec lui sur ce sujet, n'est ici qu'un symptôme. La lésion de la caloricité est tout, et si je m'émerveille d'une chose, c'est qu'on ait pu contester à l'algidité progressive qu'elle est une entité morbide.

Si donc j'ai fait de l'algidité progressive une maladie à part, ce n'est pas que, dans ma pensée, le sclérème et l'algidité progressive soient deux maladies essentiellement distinctes; non, évidemment, puisqu'il n'y a pas chez les nouveau-nés de sclérème sans algidité progressive; mais j'ai voulu établir ce fait important, qu'il peut y avoir algidité progressive sans sclérème, et j'ajoute que le sclérème, de même que les congestions viscérales qui l'accompagnent ne sont que les expressions symptomatiques de l'algidité progressive.

J'ai dit que ces idées trouvaient leur confirmation dans les faits rapportés par M. Legroux; rien de plus facile à démontrer.

Il y a dans l'algidité dépression progressive et simultanée des trois fonctions suivantes : circulation, respiration, calorification. Or, quel est le but que se propose M. Legroux par son mode de traitement? c'est précisément en excitant, en développant le système musculaire par des mouvements communiqués, de réveiller et d'activer ces trois fonctions. Je ne puis donc m'empêcher de voir dans la communication de M. Legroux une déduction logique des faits que je me suis efforcé d'établir.

Contre l'algidité progressive, j'avais principalement recommandé l'application, déjà mise en pratique par Baron père, des langes de laine chauds recouverts d'une toile cirée, l'alimentation par le sein d'une nourrice, et des mouvements communiqués. Seulement, je n'avais pas songé à agir directement par le massage sur chaque mem-

bre et à lui imprimer ces mouvements alternatifs de flexion et d'extension qui ont produit entre les mains de M. Legroux de si heureux résultats. A Dieu ne plaise que je revendique la moindre part dans l'idée de cet honorable médecin.

Mais je dois faire remarquer qu'en m'élevant dans mes publications contre l'abus du repos prolongé et de la position horizontale en ce qui concerne les nouveau-nés, je suis en communion de principes avec M. Legroux.

M. Legroux d'ailleurs a reconnu, si j'ai bonne mémoire, que sans l'alimentation par le sein d'une nourrice, il n'eût pas réussi par le massage et l'excitation musculaire.

Quoi qu'il en soit, la méthode de traitement imaginée par M. Legroux doit être, selon moi, considérée comme une véritable bonne fortune qui se recommande de la manière la plus sérieuse à l'attention de la pratique civile et avant tout de la pratique hospitalière. J'en ai trop longuement déduit les motifs ailleurs pour avoir besoin de les reproduire ici.

Il est une dernière conséquence que je veux tirer de la présentation faite par M. Legroux, c'est qu'il n'y a bien réellement aucune assimilation possible entre le sclérème des nouveau-nés et le sclérème de l'adulte.

Au point de vue des phénomènes généraux de la maladie, cela n'est pas contestable et n'est même pas contesté par M. Thirial. Mais je dis de plus qu'au point de vue purement anatomique, la différence qui sépare l'induration du tissu cellulaire chez les nouveau-nés et le sclérème de l'adulte n'est pas moins considérable.

Chez l'adulte, en effet, la maladie est exclusivement caractérisée par une rigidité de la peau qui oppose un obstacle considérable à la contraction musculaire; il n'y a pas apparence d'œdème; le tégument ne présente aucune trace de tuméfaction, il a conservé la coloration, la sensibilité, la perspirabilité, la température qu'il offre dans l'état normal.

Il en est tout autrement du sclérème des nouveau-nés. On sait, en effet, que chez ces derniers la température de la peau a subi un abaissement plus ou moins notable, que les fonctions perspiratrices ne s'accomplissent plus, que la sensibilité est plus ou moins obtuse, que les téguments prennent une teinte violacée ou se couvrent d'une pâleur profonde, et qu'ils sont plus ou moins manifestement tuméfiés.

Mais je dois ajouter que dans le sclérème des nouveau-nés il y a toujours œdème. Et ce qui le prouve, c'est l'examen cadavérique,

qui nous montre dans certains cas d'induration pierreuse du tissu cellulaire : 1° des épanchements dans toutes les séreuses ; 2° des infiltrations du tissu cellulaire des bourses ou des régions temporales ou occipitales, infiltrations qui se présentent sous l'aspect d'une belle gelée jaunâtre. Ce qui le prouve encore, c'est la possibilité de produire toujours pendant la vie comme après la mort un enfoncement profond et persistant sur les parties qui sont le siége de l'endurcissement. Et s'il pouvait rester des doutes dans l'esprit de quelques personnes, la mise en pratique de la méthode imaginée par M. Legroux achèverait la démonstration d'une manière péremptoire.

M. Legroux a dit, en effet, qu'il pétrissait les parties sclérémateuses, et que de plus il imprimait aux membres des mouvements plus ou moins rapides. Qu'est-ce à dire, sinon qu'il n'existe aucun obstacle sérieux ni à la contraction musculaire ni à la dépression par le doigt des parties indurées, circonstances qui ne s'observent jamais dans ce qu'on a appelé le sclérème de l'adulte ?

Il résulte de ce que je viens de dire que le seul point commun qui pût exister entre le sclérème de l'adulte et l'œdème dur des nouveau-nés, et justifier l'assimilation qu'on avait voulu établir entre deux états pathologiques si radicalement dissemblables, j'entends parler de la consistance des tissus, cet unique point commun, dis-je, n'existe pas en réalité, puisqu'on peut toujours pétrir le tissu cellulaire endurci chez le nouveau-né, et qu'on n'y parvient jamais chez l'adulte. Dr HERVIEUX.

Hernie crurale résistant au taxis réduite par le procédé Seutin.

Je venais de lire dans le numéro du 29 février du *Bulletin de Thérapeutique* la première partie du Mémoire de M. Seutin sur le moyen de faire cesser l'étranglement herniaire sans recourir à l'opération sanglante, lorsque je fus appelé dans les circonstances suivantes auprès d'une femme atteinte de hernie étranglée.

Mme Gressier, âgée de quatre-vingts ans, dame pensionnaire à l'Hôtel-Dieu de Pontoise, porte depuis très-longtemps une volumineuse hernie crurale du côté gauche. Cette femme, d'une constitution frêle et délicate, a beaucoup maigri depuis quelques années, ce qui, joint au volume de la hernie, rend celle-ci très-difficile à contenir, malgré un assez fort bandage qu'elle porte habituellement, mais qui, il faut en convenir, n'est pas toujours bien exactement appliqué. Aussi arrive-t-il souvent que la hernie, au moindre effort, glisse sous le bandage ; jusqu'à ce jour elle avait été réduite assez facilement.

Le 6 mars, vers les deux heures, cette vieille dame, qui n'avait pas été à la garde-robe depuis cinq jours, sentit, en faisant un effort de défécation, sa hernie sortir. Elle essaya vainement de la faire rentrer, et vers quatre heures, effrayée de vomissements de matière alimentaire, prévint la sœur du service des femmes. On fit, en mon absence, prévenir un de mes confrères, qui employa le taxis pendant un quart d'heure, fit donner un bain de siége à la malade, puis tenta de nouveau la réduction et, ne l'obtenant pas, prescrivit un lavement purgatif et m'envoya prévenir.

Je ne pus voir la malade que le 7, à huit heures du matin.

La nuit avait été mauvaise. Une selle de matières très-dures, provoquée par le lavement purgatif, n'avait apporté aucun changement dans la tumeur. La malade, espérant la réduire, comme cela lui était arrivé plusieurs fois, l'avait malaxée une partie de la nuit.

La tumeur, de 8 centimètres de long sur 4 de large, était rénitente ; la maigreur de la malade permettait de sentir distinctement des gaz et des fèces durcies. La peau en était un peu rouge et sensible. Le pouls était petit et une vive anxiété se peignait sur la face. Le ventre était météorisé. Il n'y a point eu de nouveaux vomissements.

Après avoir enlevé les oreillers, je plaçai sous le siége de la malade un coussin pour élever le bassin et je procédai au taxis. Pendant environ dix minutes, je fis des efforts de réduction continus et très-soutenus, sans rien obtenir. La tumeur n'avait pas changé d'aspect.

Je résolus alors d'avoir recours au procédé de M. Seutin. Je refoulai avec l'indicateur de la main droite la peau très-flasque du pli de l'aine en arrière de la tumeur, dans la direction de l'anneau crural. Au bout de deux minutes de pression très-vive, je sentis brusquement la résistance céder, sans entendre de craquement, et mon doigt, coiffé de la peau, pénétra dans le canal crural.

Immédiatement je renouvelai le taxis et les portions herniées rentrèrent avec la plus grande facilité.

La dilatation de l'ouverture herniaire par le doigt avait été très-douloureuse, et un moment je crus que la malade allait avoir une syncope.

Un purgatif salin détermina de nombreuses évacuations, et le lendemain Mme Gressier n'avait d'autre malaise qu'une assez violente douleur d'estomac déterminée par une cuillerée d'eau de mélisse qu'elle s'était administrée au début de son accident.

La hernie que j'ai ainsi réduite était ancienne, volumineuse ; elle n'était pas franchement étranglée; cependant elle avait résisté à trois

tentatives de taxis de trente-cinq minutes. Elle a été réduite très-facilement après que j'ai eu forcé l'obstacle avec le doigt. Le résultat a été d'autant plus heureux, qu'il s'agissait ici d'une femme très-âgée, débilitée, et pour laquelle la herniotomie eût été très-probablement mortelle.

Si ce fait vous semble assez intéressant pour mériter un tour de faveur, j'espère le voir publier dans le prochain numéro, afin de maintenir l'attention de nos confrères sur les conclusions formulées par M. Seutin. Docteur PRESTAT,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, membre correspondant de la Société de chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE.

Iodothérapie, ou de l'Emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées, par A.-A. BOINET, docteur en médecine, lauréat de l'Institut de France, de la Faculté de médecine, de la Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse, ex-chirurgien interne, et lauréat des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, etc.

Si nous avions eu le droit, comme l'a incontestablement M. le docteur Boinet, d'écrire un tel livre, et que le titre, fort correct d'ailleurs, d'iodothérapie, se fût présenté à notre esprit, nous ne savons pas si, en fin de compte, nous ne l'eussions pas rejeté. Au temps d'ardente compétition, de concurrence effrénée où nous vivons, le mot *thérapie* est devenu la terminaison charlatanesque de tant de médications pipées, que nous aurions craint, rien que par ce titre, d'éveiller quelque suspicion erronée, et de nuire par là même à la forune de notre livre. L'honorabilité de notre savant confrère, nous le savons, l'affranchissait de cette crainte ; et l'eût-il éprouvée, qu'un retour sur lui-même, le sentiment du but qu'il poursuit, la lui eussent fait braver courageusement. Ceci ne nous eût pas rassuré encore cependant ; une autre crainte eût retenu notre plume prête à écrire ce titre séduisant, c'est qu'il ne fît supposer que, comme il est arrivé à tant d'autres, nous nous étions exagéré l'importance de l'objet de nos études, que nous avions surfait la valeur des préparations iodiques dans le traitement des maladies. Que M. Boinet se le persuade bien, oui, au titre de son livre, quelques médecins hésiteront, parce que ces idées vagues leur traverseront l'esprit, parce qu'ils craindront que, dans ce bulletin grossi des victoires de l'iode, la vérité ne leur apparaisse pas dans son imposante simplicité. Ces

quelques remarques, que nous n'aurions pas présentées si elles n'avaient eu dans notre esprit que la valeur d'une vaine chicane de mots, nous n'avons pas hésité à les placer en tête même de cette notice, pour prévenir une interprétation que démentent ensemble et l'honnêteté de l'auteur, et la gravité de l'ouvrage qu'il publie : c'est ce qui ressortira clairement, nous l'espérons, de l'analyse sommaire que nous allons en présenter.

Cet ouvrage n'a pas de place proprement dite, et par une raison bien simple, c'est qu'il ne pouvait pas en avoir. M. Boinet a consacré de longues années à l'étude de l'influence des préparations iodiques dans le traitement des maladies, soit internes, soit externes ; et ce que cette étude laborieuse, opiniâtre, lui a enseigné, il l'a consigné dans le livre qu'il soumet à l'appréciation des praticiens. Il est évident qu'à considérer ainsi les choses, toute distribution méthodique eût été un simple artifice de l'esprit, et n'eût servi en rien l'enseignement que se propose l'auteur. Le livre de M. Boinet est donc une série de mémoires sur une médication dont l'importance grandit tous les jours et grandira encore dans l'avenir. Peut-être ce que M. Boinet n'a pu faire deviendra possible alors ; mais en attendant, le judicieux auteur a fait ce qui était possible dans l'état de la science, et il a exposé les faits.

Un premier chapitre est consacré à l'historique de l'iode, dont la notion précise ne date que de l'année 1811. Toutefois, ainsi que le fait observer immédiatement l'auteur, il ne faut entendre par là que la notion scientifique, la détermination chimique de ce métalloïde ; car pour ce qui est de son application au traitement des maladies, on la trouve dans l'usage des fucus, des varechs, des huiles de poisson, des éponges, etc., au fond de la tradition la plus reculée, en Chine, par exemple. Il était impossible que dans cet historique M. le docteur Boinet s'éliminât complétement : tant de gens en médecine se tressent des couronnes avec des lauriers cueillis par d'autres, qu'on peut bien revendiquer sa part dans l'une des plus heureuses applications de l'art moderne, quand cette part est aussi légitime, et le prix d'une observation si patiente, si laborieuse. Nous savons plus d'un affamé de la gloire, même de la gloire médicale qui, avec bien moins de titres que l'auteur de l'*Iodothérapie*, n'eût pas manqué de laisser au moins pressentir ses droits à une des premières places du Panthéon de l'histoire ; sachons gré à notre savant confrère d'une modestie, qui ne lui fait désirer rien de plus que d'y voir son nom inscrit dans la pénombre d'une simple cariatide.

Après avoir tracé rapidement cet historique, M. Boinet étudie

l'action de l'iode sur l'économie au point de vue de la médecine et de la physiologie. Nous regrettons que l'auteur n'ait presque rien d'original à consigner dans son livre sur ces points importants. L'auteur dit quelque part que les questions qui se posent à ce propos dans la science sont hors de sa compétence : ceci ne peut être que l'effet d'une excessive modestie, et nous le regrettons. Nous aurions désiré qu'avec la passion du travail qu'a montrée M. Boinet dans ces études spéciales, son esprit se fût porté sur cette face de la question ; et nous ne doutons pas qu'il n'eût porté la lumière sur plus d'un des points, qu'avec beaucoup de raison il considère comme étant encore fort obscurs, à l'heure qu'il est de la science. Mais nous n'avons pas le droit d'exiger de l'auteur plus qu'il ne lui plaît de nous donner ; passons.

Les premières maladies dans lesquelles M. Boinet étudie l'action thérapeutique de l'iode, ce sont les maladies scrofuleuses et syphilitiques. Rien que sur ces deux points, l'auteur eût pu multiplier les pages dans son livre ; mais il sait que l'efficacité de l'iode dans cet ordre d'affections, c'est de la science courante, c'est de la pratique vulgaire, et par une discrétion de bon goût, il ne fait qu'effleurer ces sujets si intéressants, et sur lesquels d'ailleurs on est loin, bien loin encore d'avoir tout dit. Vient ensuite la question des injections iodées dans les cavités séreuses. C'est là que commence véritablement l'originalité du livre, parce que c'est à cette question que le savant auteur de l'iodothérapie s'est surtout appliqué dans ses laborieuses études thérapeutiques. M. Boinet remarque avec raison qu'il n'est pas besoin de remonter bien loin dans l'histoire de l'art, pour voir les injections presque officiellement proscrites, et que ce ne sera pas une des moindres gloires de la science contemporaine que de les avoir remises en honneur. « Quoi qu'il en soit, dit excellemment quelque part l'auteur, de toutes les raisons qui avaient fait rejeter les injections, ou qui les avaient réduites à n'être employées que pour favoriser la sortie des corps étrangers engagés dans des lieux inaccessibles aux instruments, ou dans des parties qu'il faut respecter, aider l'écoulement du sang ou du pus, s'opposer à sa stagnation, à son croupissement, découvrir les tortuosités d'un sinus dans lequel nos sondes ne sauraient pénétrer, etc., etc., l'esprit du temps actuel a pris une autre tendance, et nous ne pouvons qu'approuver les chirurgiens qui ont jugé la méthode des injections, surtout des injections iodées, dignes de leur attention. » Cette appréciation des tendances actuelles est juste, et ce que ne dit pas M. Boinet, nous devons le dire nous, c'est qu'il a une part et une

part assez large à revendiquer dans ce retour de la chirurgie contemporaine à une méthode dont on n'avait pas apprécié toute la portée, et qui est encore venue agrandir l'usage des préparations iodiques. Il nous suffira d'énumérer rapidement les maladies où cette méthode a été appliquée avec des succès divers, les hydrocèles, les bourses muqueuses, les tumeurs kystiques proprement dites, grenouillette, hydarthrose, ascite, hydropisie, enkystées des ovaires, épanchements purulents thoraciques, péricardiques; même peut-être l'infection putride, purulente, les abcès chauds, froids, par congestion, les bubons suppurés, les fistules simples ou secondaires, les pustules à l'anus, etc., etc. Il nous suffira, disons-nous, de cette énumération même incomplète des états morbides dans lesquels les injections iodiques comptent des succès plus ou moins nombreux, pour justifier le jugement que nous venons de porter.

Bien que cette méthode tende tous les jours davantage à entrer dans la pratique commune, c'est là cependant, en tant surtout qu'il s'agit des préparations iodiques, une question qui, pour être complétement résolue, appelle encore des observations précises. M. Boinet n'a pas manqué de répondre, dans la mesure de son pouvoir, à ce *desideratum* de la science. Son livre est plein de faits qui ont pour but de mettre en pleine lumière l'efficacité de l'iode dans la plupart des maladies que nous venons de citer. Tous, sans doute, n'ont pas une signification décisive, mais la plupart ont cette signification, et deviendront, sérieusement médités, le point de départ d'expériences nouvelles, d'où ressortira clairement, nous l'espérons, la solution de la question que poursuit si vaillamment le laborieux auteur de l'*Iodothérapie*.

Ce ne sont point là d'ailleurs les seules maladies dans lesquelles M. Boinet expose en son livre les enseignements que son expérience lui fournit, en matière d'iodothérapie; si nous doublions l'étendue de cette liste déjà longue, nous serions à peine à mi-chemin. Pour que cette notice ne dégénère pas en une simple nomenclature, nous nous priverons de citer toutes ces maladies, bien qu'il y eût çà et là plus d'une observation judicieuse à glaner, et nous nous contenterons de rappeler, dans cet ordre d'étude, les recherches de l'auteur sur l'influence des iodiques sur les diathèses cancéreuse et tuberculeuse.

Dans quelques-unes des questions qui se posent naturellement à propos de ces maladies, M. Boinet, en esprit judicieux, montre qu'il a su s'affranchir du joug de l'anatomisme pur, qui fit, pendant quelque vingt ans, de la médecine une branche un peu sombre

de l'histoire naturelle. C'est cette manière saine d'envisager les choses de la pathologie qui l'a fait s'engager hardiment, et en dépit des pronostics désespérés de la sibylle des amphithéâtres, dans la voie qui peut conduire à faire autre chose que du scalpel ou du microscope en face de ces maladies. Déjà, en ce qui touche le cancer, l'auteur a observé quelques faits en face desquels il serait peut-être téméraire de soutenir la thèse de l'incurabilité absolue de cette affection. Dans tous les cas, s'il est donné à la science moderne de faire mentir sur ce point la science du passé, c'est assurément en s'engageant courageusement dans ce chemin que M. Boinet a indiqué et dans lequel il se propose de marcher résolûment. Nous ne pouvons que l'encourager dans cette noble entreprise, et nous ne craignons pas de lui promettre à l'avance les sympathies de tous les hommes de cœur. La phthisie pulmonaire, aussi bien que l'affection cancéreuse, a fixé l'attention de l'auteur. Ici, le savant observateur est plus explicite dans son affirmation. C'est qu'en effet il n'est douteux pour personne aujourd'hui que si les préparations iodiques n'ont pas guéri d'une manière authentique cette maladie, dans une foule de cas au moins, on les a vues en enrayer la marche, et faire taire assez rapidement quelques-uns de ses principaux symptômes, de ceux-là surtout qui hâtent le plus évidemment la terminaison fatale.

Nous avons dit que bien que l'auteur de l'*Iodothérapie* ait fait de l'iode son *agellus*, et que depuis longtemps tout ce champ fécond, il le cultive avec amour, il sait se défendre des illusions d'un amour exclusif. C'est ainsi que, dans la première série de ses recherches, il rejette, comme étant d'une efficacité douteuse, comme dangereuses même, les injections iodiques proposées dans le traitement de l'orchite ; c'est ainsi encore, et surtout que les espérances qu'il nourrit de démontrer l'efficacité de ces mêmes préparations dans les diathèses tuberculeuse et cancéreuse, il ne les émet qu'avec beaucoup de circonspection. Une seule fois, il nous a paru manquer de cette mesure, c'est quand il apprécie les observations du docteur Williams, qui ne prouvent pas assez en faveur de l'efficacité de l'huile de foie de morue dans la phthisie, parce qu'elles prouvent trop : scientifiquement parlant, il n'y a pas de phthisie sans une auscultation, sans une percussion précises : conclure en dehors des données infaillibles, dans le sens où nous l'entendons, de ces deux méthodes, c'est courir au-devant d'un démenti, c'est faire de la science boiteuse. Ceci, au reste, ne s'applique point à M. Boinet, mais à quelques-uns des lecteurs nombreux que nous osons lui promettre, et qui devront se bien pénétrer de cette règle, s'ils veulent marcher, avec

quelques chances d'arriver au but, dans la voie féconde que leur ouvre l'excellent livre de notre savant et laborieux confrère.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Carie vertébrale *avec abcès par congestion; utilité d'une gouttière en fil de fer dans les cas de ce genre.* Le fait que nous rapportons ici est assez remarquable en ce qu'il juge une question sur laquelle les chirurgiens ne sont pas d'accord. Faut-il maintenir les vertèbres détruites par la carie dans leur état de rectitude, ou bien doit-on abandonner les parties à leur propre poids, à leur inclinaison particulière, dans l'espoir d'en obtenir plus facilement la consolidation, mais aussi au risque des difformités les plus prononcées? L'observation de M. Bitot témoigne en faveur de la première pratique.

Il donnait des soins à un jeune homme de vingt-quatre ans, d'une constitution scrofuleuse, chez lequel s'était manifesté en janvier 1854, à droite des apophyses épineuses des 7e, 8e, 9e vertèbres dorsales, une tumeur peu saillante, molle, qui fut ouverte et donna issue à une grande quantité de pus. Plus tard, en portant sous le bras droit un corps volumineux, douleur vers la partie postérieure et moyenne du tronc; seconde tumeur peu saillante et molle comme la première, du même côté, mais située plus bas. Le malade n'avait du reste aucune gibbosité. Traitement par l'huile de foie de morue. La tumeur, ayant considérablement augmenté, fut ouverte et donna issue en deux fois à une grande quantité de pus. Des phénomènes de fièvre hectique se montrèrent qui furent combattus par l'huile de foie de morue et le sirop de protoiodure de fer. Le 25 mars, tout d'un coup, en allant à la garde-robe et pendant un effort, le malade éprouva subitement une vive douleur dans la région dorsale; il avait senti, disait-il, quelque chose s'écraser. Dès ce moment, le moindre mouvement, la plus légère secousse, la toux, faisaient renaître la douleur.

La sensation ressentie par le malade semblait annoncer l'affaissement de quelque portion de vertèbre, chose qui ne fut pas cependant vérifiée directement. Néanmoins, dans le but d'éviter au malade une difformité, M. Bitot fit construire immédiatement une gouttière en fil de fer, mesurant 1 mètre de longueur, 70 centimètres de largeur et 30 centimètres de profondeur. Cette gouttière était composée de neuf fils de fer en travers reliés par six autres en long; ces fils étaient du nº 23 ou 24. Deux petits matelas en crin, minces, furent faits exprès pour s'adapter à la gouttière. L'un était destiné à être en rapport avec le tronc, il descendait jusqu'au sacrum; l'autre devait protéger les cuisses. Ces deux matelas, unis par des liens noués en rosette, pouvaient parfaitement être séparés. Un trou pratiqué à la paillasse du petit lit sur lequel devait être placée la gouttière était destiné à recevoir un bassin pour les besoins du malade.

Tous ces préparatifs terminés, le malade fut porté dans la gouttière avec tous les ménagements qu'exigeaient ses vives souffrances et son état alarmant. La tête, dépassant la gouttière, fut placée sur un oreiller de manière à être plus élevée. Quatre heures s'étaient à peine écoulées que le malade était beaucoup mieux; les douleurs ne reparurent pas. Les pansements n'étaient plus douloureux et se faisaient très-facilement. Il suffisait en effet de soulever un des bords de la gouttière pour placer et maintenir le malade en demi-supination. On profitait de ce moment pour faire frictionner la partie postérieure du tronc avec une flanelle et faire saupoudrer le drap avec de la farine de riz ou d'amidon.

Lorsqu'on lui permit de se lever, après trois mois et demi, le malade penchait légèrement à droite; légère saillie et déjettement à droite des 7e, 8e, 9e vertèbres dorsales; gouttière vertébrale effacée à droite; espaces intercostaux moins appréciables de ce côté; saillie du muscle sacro-spinal moins prononcée à droite qu'à gauche. Le malade ne s'était donc pas trompé quand il avait accusé cette sensation d'affaissement à la suite de laquelle il avait éprouvé de si vives douleurs. Depuis cinq mois il a repris la direction de ses affaires. (*Journal de méd. de Bordeaux*, janvier.)

Colique de plomb (*De la valeur des bains sulfureux dans la*). L'emploi des bains sulfureux est aujourd'hui d'une pratique presque générale dans le traitement de la colique de plomb. Néanmoins, comme dans ces derniers temps, M. Beaupoil a élevé des objections contre leur utilité dans cette maladie, nous croyons utile de revenir sur ce sujet. « Que peuvent produire les sulfureux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur? dit M. Beaupoil. D'après les lois de Berthollet, c'est forcé : ils produiront du sulfure de plomb noir, insoluble, par conséquent inoffensif..., a-t-on l'habitude d'ajouter. Mais n'en croyez rien, car ce sulfure, pas plus que le sulfate, pas plus que la céruse, également insolubles dans l'eau, ne résiste aux réactifs organiques, et les animaux auxquels on en fait prendre ne tardent pas à succomber... Les bains sulfureux rendent la peau d'autant plus noire qu'il y avait une plus grande quantité de crasse métallique adhérente à sa surface, et si on la laisse sous cette influence, elle reste noire jusqu'à ce que les frottements des corps extérieurs et surtout l'absorption aient enlevé le sulfure. L'emploi d'un bain savonneux après le bain sulfureux enlève tout le plomb adhérent à la peau et débarrasse d'autant l'économie. Mais qu'a-t-on gagné à faire précéder le bain savonneux d'un bain sulfureux, si ce n'est la difficulté plus grande à nettoyer la peau, au moyen de préparations alcalines? Les bains sulfureux, en indiquant par l'intensité de la coloration noire l'abondance du plomb à la surface de la peau et par suite dans l'économie tout entière, constituent un moyen de diagnostic précieux; mais il n'en faut pas faire un moyen local de traitement. » Rien n'est plus vrai que la transformation du plomb qui se trouve à la surface de la peau en sulfure plombique; mais ce en quoi pèche tout d'abord le raisonnement de M. Beaupoil, c'est qu'il place sur le même rang, au point de vue du danger, le sulfure de plomb et le carbonate. Les bains sulfureux n'auraient-ils d'autre but que d'indiquer au médecin et au malade les points sur lesquels le plomb se dépose plus abondamment, ce serait déjà d'une grande utilité, afin de débarrasser la peau aussi complétement que possible d'un voisin aussi redoutable. Il y a plus, leur emploi doit être renouvelé assez fréquemment pour s'assurer que les bains savonneux ont parfaitement débarrassé la peau. Mais les bains sulfureux remplissent encore dans la colique de plomb une indication des plus importantes : ils calment l'éréthisme général, le malaise, ils calment surtout les douleurs arthralgiques si vives et si persistantes de la colique de plomb. Les bains savonneux ne suffisent pas d'ailleurs toujours à enlever la couche de plomb qui se trouve incrustée en quelque sorte dans l'épaisseur de l'épiderme, et nous savons de notre collaborateur M. Aran qu'il s'est trouvé parfaitement dans ces cas des bains de vapeur et surtout des sudations sèches à la lampe. De cette manière et avec de la persévérance, on arrive en quelques jours à débarrasser complétement la peau de la poussière métallique qui y est incrustée, et le malade se trouve à l'abri de toute nouvelle infection de ce côté. Ce qu'il faut savoir, du reste, c'est que la présence du poison est lente à s'effacer dans certains points : le liséré violacé des gencives persiste souvent très-longtemps, pour ne pas dire indéfiniment, après la guérison des accidents saturnins proprement dits. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier.)

Coryza *des nouveau-nés* (*Canules d'argent introduites dans les fosses nasales comme moyen de traitement du*). On sait que le coryza des nouveau-nés peut devenir rapidement mortel, dans le cas d'obstruction des fosses nasales par le mucus et les croûtes formées dans l'intérieur du nez, par l'obstacle qu'il apporte à l'allaitement, comme l'a fait remarquer M. Rayer depuis bien longtemps. M. Bouchut, dans un mémoire récent qu'il a lu à l'Académie des sciences, revient sur les conséquences graves du coryza et ajoute à l'inanition par difficulté ou impossibilité de l'allaitement une cause de mort assez imprévue, l'asphyxie par suite de rétroflexion de la langue. Mais le fait vraiment intéressant que signale la communication de M. Bouchut, c'est l'utilité qu'il y a à désobstruer très-souvent les narines du mucus et des croûtes qui s'y trouvent, au moyen de fréquentes injections de lait, en choisissant cet instant pour faire boire à l'enfant une raisonnable quantité de ce liquide, et dans le cas où la vie est compromise, la nécessité de frayer mécaniquement un passage à l'air à travers les narines, en plaçant dans chacune d'elles une petite canule d'argent longue de 5 centimètres, large in-

térieurement de 2 à 3 millimètres, un peu recourbée à son extrémité gutturale et fixée en avant sous la cloison du nez avec celle du côté opposé, au moyen d'un petit fil de soie. De cette façon, l'air passe par les deux canules, et l'enfant, menacé d'inanition et d'asphyxie, peut de nouveau teter et boire. On gagne ainsi du temps juste ce qu'il faut pour laisser le coryza guérir sous l'influence des moyens locaux ou généraux qui lui sont opposés. M. Bouchut n'a employé ces canules qu'une seule fois, et encore ne sont-elles restées que peu de temps en place. Nous pensons cependant que cette idée ne doit pas être perdue de vue par les médecins appelés à traiter le coryza chez les nouveau-nés. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, février.)

Fièvre typhoïde (*Emploi de l'acétate de zinc dans la période ataxique de la*). Les médecins paraissent se préoccuper depuis quelque temps des accidents nerveux et ataxiques des fièvres graves. Nous parlions dernièrement d'essais tentés en Angleterre avec l'huile essentielle de valériane. Un médecin allemand, M. Heer, signale dans les mêmes cas l'utilité de l'acétate de zinc. Ce médicament était administré par lui à la dose de 50 centigrammes dissous dans 250 grammes d'eau (une cuillerée à café toutes les deux heures). Or, les résultats, au dire de ce médecin, auraient été fort étonnants. Souvent les malades se calmaient après l'ingestion de la première dose; d'autres fois il fallait la répéter plusieurs fois. Mais en même temps ces fièvres étaient combattues par des médicaments excitants, pour remédier à la diminution notable des forces. (*Med. Zeitung* et *Gaz. heb. de méd.*, février.)

Hémorrhagies *après la délivrance, injection d'eau froide dans l'intérieur de l'utérus*. Parmi les nombreux moyens qui ont été proposés pour arrêter les hémorrhagies graves après la délivrance, on a oublié, dit M. Wray, le plus simple, le plus direct et celui qui, durant une pratique de quarante années, lui a toujours été le plus efficace, c'est-à-dire l'injection d'eau froide dans l'intérieur de l'utérus. Par ce moyen un courant continu d'eau froide est dirigé vers les orifices béants des vaisseaux eux-mêmes, le sang est entraîné, et on a la certitude absolue que l'organe est stimulé à se contracter. Il n'y a aucune difficulté ni aucun danger, ajoute l'auteur, à procéder ainsi : on introduit le bec d'une seringue à un ou deux pouces dans l'orifice de la matrice, et on le maintient dans cette position, tandis qu'un aide pousse le piston. On peut maintenir le courant aussi longtemps qu'on le juge nécessaire. Si le cas est urgent, il est bon d'injecter un mélange à partie égale d'eau et de vinaigre. Le moyen que préconise M. Wray n'est pas aussi oublié qu'il le pense, au moins pour la France; et pour n'en citer qu'un exemple, nous dirons que les injections pratiquées ainsi qu'il le recommande se trouvent signalées dans le traité de M. Cazeaux. Si nous avons cité le travail de M. Wray, c'est qu'il parle au nom d'une pratique de quarante années, et qu'un semblable témoignage méritait d'être enregistré (*Med. times and Gazette.*)

Luxation *du fémur en haut et en arrière réduite par la méthode de Colombat.*—Lors de la mise en œuvre des procédés chirurgicaux, le praticien est souvent privé de tout concours et forcé de triompher à lui seul des lésions physiques pour lesquelles il est appelé. C'est donc faire chose utile que de relever tous les faits qui mettent en relief l'efficacité des méthodes qui n'exigent pas le secours d'aides. L'observation suivante, rapportée par M. Hargrave, mérite à ce titre d'être mise sous les yeux de nos lecteurs.

Un maçon âgé de vingt-trois ans, de petite taille, trapu et bien musclé, fut apporté à l'hôpital de Dublin, ayant une luxation du fémur droit en haut et en arrière, qu'il s'était faite quelques heures auparavant. On avait tenté la réduction par la méthode ordinaire, peu de temps après l'accident; l'extension avait été pratiquée par neuf hommes sans succès. La luxation était bien marquée; le malade souffrait beaucoup de la cuisse. Il fut mis dans la position recommandée par Colombat, laquelle consiste à se tenir ferme sur la jambe gauche à côté d'une table recouverte d'un matelas et d'une couverture pliée, à s'étendre en travers et à saisir l'autre bout avec les deux mains et de s'y tenir solidement; alors, se plaçant derrière le malade, M. Hargrave saisit la jambe droite immédiatement au-dessus de l'articulation avec la main droite, et appuyant sur l'espace poplité avec la main gauche, il imprima des mouvements combinés de flexion légère de la jambe, tout en pressant fortement sur le jarret. Lorsqu'il sen-

tit que la tête du fémur quittait sa position anormale et qu'elle descendait vers l'acetabulum, il la fit tourner en dehors, et la réduction s'opéra de la manière la plus facile, sans causer la moindre douleur. Les manipulations durèrent moins de quatre minutes; on n'eut pas besoin d'employer le chloroforme.

Les avantages de cette méthode sont incontestables, puisqu'on peut l'employer sans le secours d'aides et sans l'intervention des agents anesthésiques. (*The Dublin medical Press.*)

Opération césarienne (*De l'emploi du froid comme moyen de diminuer les dangers de l'*). Qu'il nous suffise, pour faire comprendre toute l'importance que paraît avoir l'emploi du froid à la suite de cette terrible opération, dont la mort est la conséquence si commune, qu'il nous suffise de dire que sur huit opérations de ce genre pratiquées par M. Metz, ou sur ses indications, une seule malade a succombé, et encore le onzième jour; et que sur les sept cas heureux, on en compte plusieurs dans lesquels la chute répétée des intestins pendant l'opération, ainsi que les pénibles manœuvres exécutées par la réduction, augmentaient considérablement les dangers de l'opération. Les opérations pratiquées par M. Metz ne se distinguent en rien de ce qui avait été pratiqué avant lui : incision sur la ligne blanche, compression circulaire manuelle pour retenir les viscères abdominaux, extraction immédiate du placenta, réunion des bords de la plaie extérieure par la suture à points séparés et les bandelettes d'emplâtre agglutinatif. Il n'en est pas de même du traitement suivi après l'opération : L'accouchée une fois transportée dans son lit préalablement chauffé, le ventre est immédiatement couvert de compresses d'eau froide, auxquelles on fait succéder, au bout de quelques heures, les applications de vessies remplies de glace. A ces moyens locaux sont joints également des lavements d'eau froide et l'usage des pilules de glace. On doit tenir d'autant plus à ces derniers remèdes, ajoute M. Metz, que les uns, outre leur effet antiphlogistique, provoquent des évacuations précoces et régulières du tube intestinal, et que les autres, indépendamment de leur action rafraîchissante, qu'elles manifestent en calmant l'ardeur de la soif, se montrent surtout efficaces contre les phénomènes qui apparaissent dans la sphère des organes de la digestion, tels que les vomissements, etc. Tous ces moyens doivent être employés d'une manière assidue et constante, sans qu'on puisse préciser la durée et l'étendue qu'il faut leur donner. Tout dépend des individualités : règle générale, on doit continuer le froid tant que l'accouchée s'en trouve bien ; dès qu'elle témoigne que ces moyens lui occasionnent du malaise, il faut suspendre l'usage des compresses pour quelques heures, pour ne les recommencer que lorsqu'elle en manifeste de nouveau le désir. En général, dans les premiers jours, il n'est permis que bien rarement d'abandonner cette méthode. Dans les cas où il existe des selles sanguinolentes, on remplace les lavements froids par des lavements amylacés, avec addition d'acétate de plomb ou d'opium, ou par l'usage interne de cette dernière substance dans une décoction de salep. M. Metz administre en outre l'opium à haute dose ; car ce n'est que dans ce cas, ajoute-t-il, qu'il manifeste le mieux et le plus complétement son action si vantée, dont les suites se traduisent bientôt par le redoublement des forces vitales et du bien-être, ainsi que par l'élévation et la régularité du pouls. Provoquer de bonne heure les garde-robes et les maintenir régulières, voilà, ajoute-t-il encore, des points d'une nécessité si bien reconnue, que si les lavements froids et plus tard les lavements composés n'y réussissent pas, il faut employer le calomel ou l'huile de ricin. Il n'est pas moins important de surveiller les fonctions puerpérales, qui consistent dans des transpirations abondantes, dans la sécrétion convenable des seins et de l'utérus; mais la glace n'apporte aucun trouble dans ces actes physiologiques. En outre de l'opium, M. Metz signale, parmi les remèdes qui calment le mieux l'excitation du bas-ventre, l'émulsion oléagineuse avec addition d'extrait de jusquiame et d'eau d'amandes amères. Surveiller la plaie et sa sécrétion, introduire une sonde de femme si la suppuration s'arrête ou semble se tarir un peu, coucher la malade sur le côté, quelquefois même la faire coucher sur les coudes et les genoux, tels sont encore les préceptes posés par M. Metz. Enfin, s'attacher à garder l'orifice utérin ouvert, à le débarrasser des caillots et du pus qui pourraient l'obstruer, et ne pas craindre de faire des injections destinées à nettoyer le conduit vagi-

nal, mais toujours avec précaution et sans violence, de manière à ce que le liquide ne puisse pénétrer dans l'abdomen par la fente utérine même entr'ouverte. (*Journal de médecine de Bruxelles*, janvier et février.)

Persulfure de fer *hydraté*; *son emploi dans un cas d'empoisonnement par le carbonate de plomb*. Nous avons rappelé récemment les travaux de MM. Sandras et Bouchardat sur les bons effets du persulfure de fer, comme contre-poison des sels métalliques et notamment des sels de plomb. Le fait suivant, publié par M. Lepage, pharmacien à Gisors, vient confirmer nos prévisions sur la valeur de ce médicament. Une famille de la commune d'Hébecourt, composée de quatre personnes, fut atteinte de violentes coliques et de vomissements. Ces accidents furent attribués à un pain nouveau auquel on avait trouvé une saveur insolite particulière. Une certaine quantité de ce pain fut apportée à M. Lepage, afin qu'il déterminât la substance malfaisante qu'on avait pu y introduire. Après divers essais, ce pharmacien constata que ce pain contenait du carbonate de plomb, et en quantité notable. Ce résultat obtenu, M. Lepage s'empressa d'en faire part au médecin de la famille, afin qu'il pût appliquer le traitement convenable. Mais au moment où cette communication était faite, trois des malades éprouvèrent un mieux sensible et guérirent à l'aide de purgatifs salins. Il n'en fut pas de même de la demoiselle, jeune fille de dix-neuf ans : elle avait mangé une grande quantité de pâtisserie confectionnée avec la même farine que celle qui avait servi à faire le pain, et était toujours sous l'influence de coliques atroces, accompagnées d'une constipation opiniâtre. On provoqua des évacuations à l'aide de l'huile de croton et du sulfate de soude, puis on soumit la malade à l'usage du sirop de persulfure de fer hydraté. Sous l'influence de ce traitement, les coliques disparurent bientôt; mais la malade, s'étant dégoûtée du sirop, crut pouvoir en cesser l'usage; elle ne tarda pas à être atteinte de nouvelles coliques, qui se dissipèrent pour ne plus revenir, grâce à l'emploi suffisamment prolongé du même médicament par la bouche et en lavements. Ces accidents ont donné lieu à une poursuite judiciaire, et l'instruction de cette affaire a prouvé qu'on avait mélangé une certaine quantité de céruse en poudre au sac à farine qui servait à faire le pain de cette maison. (*Répertoire de pharmacie*, février.)

Pied-bot (*Sur l'époque à laquelle il convient de pratiquer la ténotomie dans le*) *chez les jeunes enfants*. Cette importante question a été examinée avec soin par M. Gerhard. Il est des chirurgiens qui veulent que l'on opère le plus tôt possible. M. Gerhard pense au contraire qu'il faut attendre l'époque où l'enfant commence à se soutenir sur les membres inférieurs. Immédiatement après la naissance, dit-il, l'enfant a trop à faire pour s'habituer à son nouveau mode d'existence, sans qu'on vienne encore le soumettre à des influences extérieures des plus violentes et des plus prolongées. C'est aussi dans les premiers mois que se développent un grand nombre de maladies dont il portait en lui le germe à la naissance. Or, une opération pourrait bien hâter ou même provoquer l'explosion de ces maladies. En outre, à cet âge, les pièces du pansement sont souvent salies par l'urine. D'un autre côté, il s'agit là non d'une simple opération qui, quelque douloureuse qu'on pût la supposer, n'exerce sur l'organisme qu'une action momentanée, mais d'une opération suivie d'un traitement long, gênant, fatigant, produisant une douleur non interrompue et sous l'influence de laquelle l'auteur a vu plusieurs fois les enfants, épuisés par les cris et les souffrances, tomber dans le marasme et même succomber, lorsqu'on n'avait pas enlevé à temps toutes les pièces du pansement. Or, sans les soins consécutifs, l'opération peut être considérée comme non avenue; car elle ne constitue jamais qu'un traitement préliminaire favorisant l'action des moyens orthopédiques mécaniques. Il faut en général six à huit semaines pour redresser un pied-bot d'enfant. Or, les enfants commencent ordinairement à marcher entre douze et seize mois. Si donc on pratique la ténotomie après la première année révolue, la guérison sera obtenue vers l'époque où l'enfant pourra se soutenir lui-même, et le poids de son corps reporté sur le pied servira à maintenir ou compléter le redressement. D'un autre côté, attendre au delà de l'époque à laquelle l'enfant commence à marcher serait irrationnel, attendu que la difformité augmenterait considérablement sous la pression du poids du corps pendant

la marche. (*Œster. Zeitsch.* et *Gaz. heb. de méd.*, février.)

Rétroversion de l'utérus *pendant la grossesse; réduction à l'aide du levier obstétrical.* Les difficultés que présente dans certains cas la réduction de l'utérus rétroversé pendant la grossesse, la nécessité pour le médecin de varier les moyens propres à obtenir cette réduction et, par conséquent, de connaître ceux qui ont donné les résultats les plus favorables dans les cas de ce genre, nous engagent à publier le fait suivant, dans lequel l'auteur a fait usage avec succès du levier obstétrical.

Le 30 mai 1854, M. Bleynie fut consulté par une femme de trente-cinq ans, primipare, enceinte de trois mois, qui, un mois auparavant, à la suite d'un voyage de trente kilomètres fait à pied, avait éprouvé une grande fatigue dans la région sacrée, fatigue qui ne s'était pas dissipée depuis et qui s'était accompagnée de constipation. Du reste, la santé générale ne paraissait pas avoir souffert, et la malade avait même fait douze kilomètres à pied pour venir consulter M. Bleynie. Le toucher vaginal lui fit constater une rétroversion de l'utérus. L'indicateur atteignait facilement le museau de tanche appliqué contre la symphise du pubis; l'utérus était développé comme à trois mois de grossesse; il était mobile. Aucune tentative ne fut faite ce jour-là; mais le lendemain M. Bleynie, après avoir vidé la vessie et fait placer la femme sur les genoux et les coudes, essaya vainement de redresser la matrice, soit en agissant sur la face postérieure de l'organe, soit en cherchant à accrocher le col, soit par les deux manœuvres en même temps. M. Bleynie chercha alors à introduire la main dans le vagin; mais l'indocilité de la malade et surtout la rigidité des parties s'y opposèrent invinciblement. (Bains, lavements, repos horizontal.) Sept jours après, notre confrère revint auprès de la malade: elle n'avait pas gardé le repos, souffrait beaucoup des reins et ne pouvait plus se tenir debout. Impossibilité d'aller à la garde-robe ou d'uriner; vessie considérablement distendue par l'urine, qui s'échappait par regorgement; le cathétérisme en retira un litre et demi. L'utérus était rétroversé à l'extérieur; son fond était dirigé en arrière et en bas; le museau de tanche était au-dessus du pubis, où le doigt indicateur ne l'atteignait qu'avec peine. Les tentatives précédentes furent renouvelées et sans succès. Alors M. Bleynie eut recours au levier obstétrical, dont il avait eu soin de se munir et dont il avait matelassé la cuiller avec du coton cardé qu'il avait particulièrement tassé en tampon à son extrémité. Après avoir placé la femme comme pour la version, et avoir introduit l'instrument dans le vagin, comme une branche de forceps, M. Bleynie porta d'abord la cuiller en arrière, ensuite en haut, de manière à longer la concavité du sacrum et à refouler ainsi le fond de l'utérus vers l'angle sacro-vertébral. Lorsqu'il présuma, par la profondeur où il était arrivé que ce premier but était atteint, M. Bleynie imprima au levier un mouvement de bascule tendant à porter le fond de l'utérus au-dessus et en avant du promontoire. L'utérus était redressé; le museau de tanche dirigé directement en bas; l'organe était aussi élevé qu'à cinq mois de grossesse. (Repos au lit, décubitus sur le côté et un peu sur le ventre, cathétérisme jusqu'au retour de la contractilité de la vessie, lavements émollients.) Au bout de trois jours, l'emploi de la sonde était devenu inutile; l'utérus conservait sa bonne position. Le 2 juillet, vingt-six jours après l'opération, la rétroversion ne s'était pas reproduite, bien que la malade n'eût gardé le lit que huit jours. — On comprend, sans que nous ayons besoin d'insister sur ce point, combien il convient d'apporter de modération dans l'emploi d'un moyen mécanique aussi puissant que le levier de Smellie. Les déchirures du vagin et peut-être même de l'utérus pourraient être le résultat de manœuvres conduites avec trop de violence ou poussées trop loin. (*Bull. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, 1855.)

VARIÉTÉS.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes vient de transmettre à l'Académie une ampliation de l'arrêté, par lequel il a approuvé les modifications et additions que l'Académie de médecine a proposé d'apporter à son règlement. Le changement le plus considérable porte, on va le voir, sur la classe

des *membres correspondants*, et rompt avec le principe de leur institution.

Voici le texte de cet arrêté :

Article 1er. Les articles 1, 2, 3, 4, 5, 44, 51 et 89 de l'ancien règlement de l'Académie de médecine seront rédigés ainsi qu'il suit :

« Art. 1.— Les membres titulaires sont au nombre de cent, distribués en onze sections, ainsi qu'il suit :

Première section : Anatomie et physiologie, 10. — Deuxième section : Pathologie médicale, 13. — Troisième section : Pathologie chirurgicale, 10. — Quatrième section : Thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10. — Cinquième section : Médecine opératoire, 7. — Sixième section : Anatomie pathologique, 7. — Septième section : Accouchements, 7. — Huitième section : Hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10. — Neuvième section : Médecine vétérinaire, 6. — Dixième section : Physique et chimie médicales, 10. — Onzième section : Pharmacie, 10.

Art. 2.—Les associés libres peuvent être au nombre de dix.

Art. 3. — Les associés *nationaux* (dénomination substituée à celle de *régnicoles*) pourront être portés au nombre de vingt. Les associés étrangers pourront être également au nombre de vingt.

Art. 4. — Le nombre des correspondants nationaux est fixé à cent ; celui des correspondants étrangers à cinquante.

Art. 5. — Les correspondants nationaux et étrangers sont distribués en quatre divisions, ainsi qu'il suit :

Première division : Anatomie et physiologie.—Pathologie médicale.— Thérapeutique et histoire naturelle médicale. — Anatomie pathologique. — Hygiène publique et médecine légale.— Correspondants nationaux, 50 ; id. étrangers, 25. — Deuxième division : Pathologie chirurgicale. — Médecine operatoire. — Accouchements. — Correspondants nationaux, 24 ; id. étrangers, 12. — Troisième division : Médecine vétérinaire. — Correspondants nationaux, 6 ; id. étrangers, 3. — Quatrième division : Physique et chimie médicale.— Pharmacie. — Correspondants nationaux, 20 ; id. étrangers, 10.

Art. 44. — Nul ne pourra obtenir le titre de membre titulaire de l'Académie : 1° s'il n'est docteur en médecine ou en chirurgie, ou reçu dans une école spéciale de pharmacie ou de médecine vétérinaire ; 2° s'il n'en a pas fait la demande expresse.

Art. 51. — L'élection des membres titulaires se fait au scrutin individuel ; celle des associés et correspondants se fait également au scrutin individuel et sur listes multiples, comme il est dit à l'art. 49. Pour les uns et pour les autres, il faut la majorité absolue des membres présents.

Art. 89. — Jusqu'à ce que les classes de correspondants nationaux et étrangers soient rentrées dans les limites fixées par l'art. 4 du présent règlement, il ne sera fait qu'une nomination sur trois extinctions. »

Article. 2.— Les chiffres des autres articles du règlement seront changés en raison de ces additions.

M. le Secrétaire perpétuel fait observer, après avoir donné lecture de cet arrêté, qu'il ne sera pas difficile, à l'avenir, de classer les membres correspondants dans les quatre divisions établies par les nouveaux articles du règlement, Mais la tâche du bureau, actuellement chargé de la répartition des correspondances dans ces quatre sections, n'est pas sans difficulté. Il a fallu écrire, à cet effet, à tous les membres correspondants de l'Académie ; quarante-deux seulement ont répondu jusqu'ici. Il faudra attendre que le plus grand nombre ait répondu pour les répartir dans telle ou telle division, d'après leurs travaux ou leurs aptitudes.

Le même ministre, vu le statut de décembre dernier sur l'agrégation des Facultés, a pris l'arrêté suivant :

Art. 1er. Il est ouvert un concours pour huit places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante entre les trois Facultés de médecine :

Section des sciences anatomiques et physiologiques. — Faculté de médecine de Paris, 2. — Faculté de médecine de Montpellier, 1. — Faculté de médecine de Strasbourg, 1. — Ce concours s'ouvrira à Paris, le 2 novembre prochain.

Section des sciences physiques.— Faculté de médecine de Paris, 2. — Faculté de médecine de Montpellier, 1. — Faculté de médecine de Strasbourg, 1. — Ce concours s'ouvrira à Paris le 2 novembre prochain.

Art. 2. Il est ouvert un concours pour neuf places d'agrégés stagiaires, à

répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Paris.

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale, 5 places.— Section de la chirurgie et des accouchements, 4 places.— Ce concours s'ouvrira à Paris, le 2 janvier 1857.

Art. 3. Il est ouvert un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Montpellier.

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale, 3 places: — Section de la chirurgie et des accouchements, 1 place. — Ce concours s'ouvrira à Montpellier, le 2 janvier 1857.

Art. 4. — Il est ouvert un concours pour deux places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Strasbourg :

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale, 1 place. — Section de la chirurgie et des accouchements, 1 place. — Ce concours s'ouvrira à Strasbourg, le 2 janvier 1857.

Voici un incident qui s'est produit dans la dernière séance de l'Académie de médecine, et dont la connaissance intéresse quelques-uns de nos lecteurs. La savante compagnie n'a pas cru, on le sait, qu'il y eût lieu cette année à décerner le prix Capuron, relatif aux accouchements.

Un des concurrents, qui a dû garder l'anonyme, conformément aux règlements de l'Académie, a écrit pour demander: 1° s'il peut retirer le mémoire qu'il a présenté au concours; 2° si ce mémoire pourra être considéré comme valable pour le concours actuel, en y ajoutant les modifications qu'il jugera convenables; 3° enfin, s'il lui sera permis de retirer son mémoire après ce nouveau concours.

Le président, M. Bussy, a dit que le Conseil avait statué sur ces diverses demandes; mais comme il n'était pas possible d'adresser à l'auteur anonyme de cette demande une réponse directe, il lui fallait pour cela recourir à la publicité. Le bureau a pensé que les règlements s'opposaient à ce qu'on pût retirer un mémoire présenté, lorsque ce mémoire a été l'objet d'un jugement de l'Académie. En second lieu, le bureau n'a pas cru qu'on pût tenir compte d'un travail ancien dans un nouveau concours. Enfin il a pensé que, d'ailleurs, il ne serait pas permis davantage de retirer ce mémoire à la suite du concours actuel.

M. Malgaigne a fait remarquer, avec juste raison, que le concurrent pouvait représenter une nouvelle copie de son travail, modifié et augmenté, s'il le juge convenable.

M. le docteur Conneau, premier médecin de l'empereur, et M. le baron Paul Dubois, chirurgien-accoucheur de l'impératrice, ont été promus au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

A l'occasion de la naissance du prince impérial, Sa Majesté l'empereur a daigné accorder, sur les fonds de la liste civile, 10,000 francs à la caisse de secours de l'Association des médecins du département de la Seine.

M. le professeur Gerdy, qu'une longue et douloureuse maladie avait éloigné depuis longtemps de l'enseignement, vient de succomber. C'est une perte qui sera vivement sentie par tous ceux qui savent apprécier l'étendue du savoir, l'amour du devoir, et par-dessus tout la fermeté et la droiture du caractère.

M. le docteur de Laforre est nommé médecin en chef de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, en remplacement de M. G. Dumont, démissionnaire.

L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid vient de nommer M. le docteur J.-J. Cazenave, de Bordeaux, membre correspondant.

MM. les docteurs Vergesse et Piétri, médecins-majors de la garde, sont nommés officiers de la Légion d'honneur.

Notre colonie d'Afrique possède son journal médical. M. le docteur A. Bertherand, médecin principal du dey, à Alger, vient de faire paraître les deux premiers numéros d'une *Gazette médicale de l'Algérie.*

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Observation de chorée unilatérale datant de plusieurs années guérie en quelques jours par l'administration de l'acide arsénieux, suivie de quelques remarques sur l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement de cette affection.

Parmi les travaux nombreux qui ont été publiés depuis quelque temps sur le traitement de la chorée, les uns ayant pour but de faire connaître des médications nouvelles, les autres destinés à rappeler des médications déjà connues et déjà éprouvées, ce n'est pas sans surprise qu'on n'en voit aucun recommander l'une des médications les plus précieuses, la plus remarquable peut-être par son admirable efficacité et surtout par la rapidité merveilleuse de son action, je veux parler de la médication arsenicale. Témoin dans ces derniers temps d'un fait curieux de ce genre, il m'a semblé que sa publication pouvait avoir quelque avantage; j'essayerai plus loin de déterminer quelle place doit occuper la médication arsenicale dans le traitement de la chorée, à quelle catégorie de cas elle paraît plus particulièrement applicable, de quelles précautions enfin son emploi doit être entouré.

Observation.— Leclerc (François-Henri), âgé de vingt-deux ans, commis, est un jeune homme d'une constitution médiocre, d'un tempérament lymphatique, et qui porte sur presque toutes les parties du corps les traces d'une maladie scrofuleuse ancienne dont il a été affecté à l'âge de sept à huit ans, et dont il n'a été à peu près débarrassé que vers l'âge de douze ans. Des cicatrices profondes, déprimées, dont quelques-unes adhérant aux os, une luxation spontanée de la deuxième phalange du médius de la main gauche, luxation latérale produite par une bride et maintenant ce doigt dans une position perpendiculaire au reste de la main, telles sont cependant les seuls restes de cette affection grave, et sans être forte, sa santé générale peut être considérée comme bonne. Aussi n'est-ce pas pour sa scrofule qu'il entre à l'hôpital, mais bien pour une chorée dont la marche a été lente et dont le début remonte déjà à plusieurs années.

Naturellement très-impressionnable, Leclerc rapporte le développement de sa maladie à des espèces de terreurs qu'il éprouve depuis l'âge de quinze ans, la nuit, lorsqu'il est couché. Dans sa famille personne n'est affecté d'une maladie analogue ; toutefois, si son père, sa mère, un frère et une sœur jouissent d'une bonne santé, une autre de ses sœurs a été frappée d'aliénation mentale à l'âge de

vingt et un ans, après dix-huit mois de ménage. Depuis l'âge de quinze ans également, Leclerc éprouvait, surtout la nuit, quand il avait ces terreurs, des mouvements brusques et involontaires de flexion et d'extension dans le membre supérieur gauche. Pendant une année, il n'y a fait aucune attention; mais peu à peu ces mouvements se sont reproduits plus souvent, peu à peu aussi ils ont commencé à se montrer dans la journée. Enfin, il y a trois ans, il a commencé à s'apercevoir d'oscillations dans le pied gauche et d'incertitude dans les mouvements de la jambe correspondante, et il a fini, comme on dit, par traîner sa jambe. Depuis deux ans et demi, il a été obligé de quitter son travail, parce que son membre supérieur gauche ne pouvait plus lui rendre de services. Bien que gênée, la marche n'a jamais été impossible.

D'autres accidents se seraient également montrés avant cette époque vers le système nerveux, au dire du malade. Ainsi, il y a trois ans et demi, il aurait été pris d'une violente céphalalgie avec sensibilité excessive du cuir chevelu, trouble dans les idées et perte de la mémoire; les accidents qui étaient survenus à la suite d'une fumigation de vapeurs furent bien calmés par des affusions froides, et depuis lors, Leclerc n'en a plus eu d'atteinte. La face n'aurait pas échappé non plus entièrement, d'après le malade, à l'agitation des membres supérieur et inférieur gauches; il y aurait eu de temps en temps des sautillements dans la partie latérale gauche et dans l'œil correspondant. Enfin Leclerc aurait eu quelquefois de la difficulté pour uriner, difficulté dont il triomphait en frottant l'hypogastre avec la main.

Depuis le début, le malade a toujours pu apporter un grand soulagement à son agitation, en mettant le membre supérieur dans la demi-flexion, et en l'appliquant fortement contre le corps, soit en avant, soit en arrière; mais le calme ne va jamais jusqu'à la suspension complète des mouvements choréiques. De même, suivant toutes probabilités, les mouvements se calment dans le sommeil, car le malade n'en a pas conscience pendant la nuit.

Des douleurs de rongement se montrent, depuis un an surtout, dans les membres supérieur et inférieur gauches, principalement à l'époque des changements de temps, et, pour se soulager, le malade imprime des mouvements rapides à son membre supérieur, ou fait étendre fortement les membres par un aide.

Il serait trop long d'énumérer ici les traitements qui ont été employés chez Leclerc. A l'intérieur, l'huile de foie de morue, la strychnine, les purgatifs, etc.; à l'extérieur, l'électricité, les bains de

toute espèce, etc.; mais il est douteux que ces traitements aient été suivis avec persévérance. Après avoir séjourné plusieurs mois à l'hôpital de Rouen, Leclerc résolut de venir à Paris, décidé à se soumettre à toute espèce de traitement, dans le but de guérir d'une affection qui le mettait dans l'impossibilité de pourvoir à ses besoins, et dont la persistance et le caractère rebelle semblaient toucher de près à l'incurabilité. Il entra dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le 21 février dernier (salle Saint-Antoine, n° 26).

Ainsi que je l'ai dit plus haut, la santé générale ne paraissait pas avoir souffert de la longue durée de cette affection : embonpoint conservé, face naturelle, teint coloré, pas de chaleur à la peau ; en revanche le pouls était un peu agité, battait 92 fois à la minute, mais sans développement anormal. Toutes les fonctions en bon état, sauf les garde-robes : la constipation était chez lui un état presque habituel depuis plusieurs années; il n'allait à la garde-robe que tous les sept ou huit jours.

Ce qui frappait dans l'aspect du malade, c'était sa singulière attitude. Il tenait son membre supérieur gauche dans la demi-flexion, fortement appliqué contre la partie antérieure du tronc, et pour réprimer les oscillations qui s'y montraient encore de temps en temps, il avait saisi solidement la main gauche avec la main droite. Aussi, dans cette situation, n'avait-on qu'une idée très-incomplète de l'agitation choréique dont ce membre était le siége. Mais disait-on au malade de saisir un objet quelconque, à l'instant même le membre était pris d'une espèce de folie, et il n'arrivait à son but que par des mouvements alternatifs et répétés de flexion et d'extension dans tous les muscles du bras et de l'avant-bras, que par une agitation musculaire qui s'étendait jusque dans l'épaule et le grand dentelé, et cette agitation était toujours suivie d'une grande fatigue. Ce membre d'ailleurs ne pouvait lui rendre aucun service ; à peine avait-il saisi un objet qu'il le lâchait à l'instant, et il lui eût été impossible de tenir un vase plein de liquide sans le verser immédiatement.

Appliqué sur un plan uni et horizontal, dans le lit, par exemple, le membre inférieur gauche ne paraissait agité d'aucun mouvement; le malade pouvait le détacher du lit, mais il n'y arrivait que par une série d'extensions et de flexions alternatives, et il lui était impossible de le maintenir quelques instants dans une position donnée. L'agitation était cependant beaucoup moindre que dans le membre supérieur. Dans la marche, l'agitation du membre inférieur était au contraire très-marquée; le malade marchait en fauchant. Changement sensible dans l'axe du pied, dirigé en dedans et en avant.

L'aspect de la face n'était pas le même des deux côtés : commissure labiale gauche plus élevée que la droite ; sorte de tension dans la joue gauche, empêchant le malade d'entraîner la bouche vers le côté droit ; un peu de difficulté également dans la prononciation des mots. C'était là peut-être quelque chose de congénial ; mais ce qu'un examen plus attentif vint nous révéler, c'était un affaiblissement de la sensibilité générale dans tout le côté gauche du corps, plus marqué aux membres supérieur et inférieur gauche et arrivant presque à l'anesthésie complète. Toutes les membranes muqueuses paraissaient également d'une sensibilité moins exquise à gauche qu'à droite, sauf la conjonctive, dont la sensibilité était à peu près égale des deux côtés.

Une affection aussi ancienne, aussi rebelle, aussi compliquée, semblait au premier abord n'offrir que peu de chances de succès à une médication quelconque. Fort du petit nombre de faits que j'avais été à même d'observer, pleinement convaincu d'ailleurs par les observations nombreuses consignées dans les auteurs les plus recommandables de l'Angleterre et de l'Allemagne, dont j'aurai bientôt l'occasion de parler, je me décidai à traiter ce malade par l'acide arsénieux ; l'ancienneté même de l'affection me paraissait justifier l'emploi d'un moyen aussi énergique. Je lui prescrivis une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Pr. Acide arsénieux............	0,05 grammes.
Eau distillée................	100 grammes.

et pour combattre la constipation, une douche ascendante froide. Une alimentation suffisamment riche et substantielle fut ajoutée au traitement, comme moyen de combattre les effets toxiques possibles de l'acide arsénieux.

Commencé le 23 février, le traitement fut continué les jours suivants, sauf les douches froides, qu'un accident survenu à l'appareil nous obligea à interrompre. Le 24 février, deux cuillerées à bouche de la solution, une le matin et une le soir ; le 25, trois cuillerées, à huit heures d'intervalle ; les 26 et 27, quatre cuillerées, à six heures d'intervalle.

Dès le 25 février, le malade se plaignait d'une sensation d'âcreté à la gorge et de quelques fourmillements, avec moiteur dans le membre malade. En revanche, il s'apercevait avec bonheur d'un calme marqué dans les mouvements, d'une plus grande stabilité dans les contractions des membres ; il pouvait saisir quelques objets et, pour la première fois depuis longtemps, il marchait sans canne. Le 28, l'amélioration était encore plus tranchée ; les mouvements

du bras avaient pris une grande stabilité; le malade pouvait saisir les objets et maintenir son membre supérieur dans la position commandée par la volonté ; il marchait aussi beaucoup mieux, quoique le membre inférieur fût encore faible ; enfin la sensibilité était à peu près rétablie dans le côté gauche du corps. Mais les phénomènes d'intolérance avaient continué : en outre de la sensation de sécheresse et d'âcreté à la gorge, le malade éprouvait depuis deux jours de l'anxiété, avec resserrement de la poitrine, de la céphalalgie et comme un cercle de fer autour des orbites. Le traitement fut suspendu pour vingt-quatre heures. Bains sulfureux. Douche ascendante froide.

Le 29, la solution arsenicale est reprise, une cuillerée par jour. L'amélioration se maintient; sa jambe prend des forces; le bras conserve ce qu'il a gagné. Les jours suivants, la dose est portée à deux cuillerées, et continuée ainsi jusqu'au 13 mars, époque à laquelle l'âcreté à la gorge et le resserrement autour des orbites ont traduit la saturation arsenicale et ont fait suspendre la médication pour quelques jours.

Le malade a commencé, dans les premiers jours de mars, à s'exercer avec son bras et sa jambe gauches, à exécuter des mouvements rhythmiques de flexion et d'extension; il a travaillé en outre avec les gens de service à balayer, à frotter, à porter des fardeaux, etc. Grâce à ces exercices, la force a été parfaitement rétablie dans le côté gauche du corps dès le 6 mars; tous les mouvements s'exécutaient avec une grande facilité; il restait seulement une certaine brusquerie, et si le membre supérieur gauche conservait pendant un certain temps la position commandée par la volonté, il ne tardait pas à offrir quelques contractions involontaires, très-faibles, dans quelques-uns des muscles du bras et de l'avant-bras.

Le malade pouvait être considéré comme guéri lorsqu'une tentative de redressement du médius luxé, à l'aide d'un appareil, a déterminé, avec des douleurs très-vives, une agitation très-grande, et presque le retour des anciens accidents dans le côté gauche du corps. Il a suffi du repos et de l'enlèvement de l'appareil pour faire rentrer tout dans l'ordre.

Aujourd'hui, 10 avril, le rétablissement peut être considéré comme complet; les membres malades ont repris toute leur vigueur, et, sauf un peu de brusquerie dans les mouvements, on ne se douterait pas que Leclerc a été atteint d'une affection aussi grave et aussi rebelle. Il a pris encore par prudence, jusque dans les premiers jours d'avril, de une à deux cuillerées à bouche de la solution arsenicale. Le ma-

lade est encore à l'hôpital, je l'y ai gardé dans le but de m'assurer de la persistance de la guérison, et aussi pour lui donner le temps de trouver un emploi qui lui permette de gagner sa vie.

Remarques. — Je ne sais si la lecture de cette observation laissera dans l'esprit de mes confrères l'impression que m'a faite à moi-même une guérison aussi rapide et aussi inespérée, obtenue dans un cas en apparence aussi défavorable. Ce que je comprends bien, c'est que des faits semblables expliquent et justifient l'enthousiasme dont sont animés quelques auteurs, relativement au traitement de la chorée par les préparations arsenicales, et ce n'est donc pas sans raison que Pereira a dit (Elem. of mat. medica, t. I, p. 665) : *Je ne connais contre cette maladie aucun remède égal à l'arsenic, qui, dans un certain nombre de cas, agit presque comme un spécifique.*

Les observations ne manquent pas d'ailleurs dans les recueils étrangers, à l'appui de l'emploi de l'arsenic dans la chorée. En Angleterre, Girdlestone, Martin, Salter, Gregory, Begbie, Babington, Hughes, etc.; en Amérique, Reese; en Allemagne, Basedow, Venus, Steinthal, Henoch et Homberg, etc., ont rapporté des faits nombreux, qui ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. Mais l'autorité à laquelle j'attache le plus d'importance est celle de Romberg, l'auteur de l'un des meilleurs ouvrages qui aient été publiés sur les maladies du système nerveux. Or, Romberg n'est pas moins explicite que Pereira : « De tous les moyens recommandés contre la chorée, dit-il, ceux-là seuls sont dignes de notre confiance, qui peuvent arrêter en peu de temps la maladie, lors même qu'elle est le plus invétérée. *Parmi ces moyens, celui qui, d'après mes recherches, occupe le premier rang, c'est l'arsenic.* (Lehrb. d. Nerven-Krank. d. Menschen, t. I, p. 195.)

Cette efficacité des préparations arsenicales une fois établie, faut-il croire, faut-il espérer que l'on guérira ainsi en peu de temps toutes les chorées; faut-il compter que l'on ne rencontrera aucun cas rebelle ? Telle n'est pas mon opinion, et les faits sont là malheureusement pour prouver que l'arsenic ne possède pas plus d'action infaillible contre la chorée que les autres moyens recommandés contre cette maladie. Mais ce qui, à mes yeux, assure la supériorité de l'arsenic sur les autres traitements, c'est, d'une part, son emploi commode et facile, la rapidité avec laquelle il modifie la maladie, si son emploi doit être suivi de succès, et, de l'autre, l'efficacité particulière dont il paraît jouir contre les cas les plus graves et les plus rebelles. Bien que plusieurs des faits cités par les auteurs dont j'ai donné les noms un peu plus haut se rapportent à des

chorées récentes, bien que j'aie eu moi-même l'occasion d'observer deux faits de ce genre, dont l'un dans le service de Guersant père, il y a quelques années, je dois dire que j'ai échoué avec l'arsenic dans deux chorées récentes, dans l'une complétement, dans l'autre après une amélioration qui n'a été que de quelques jours. Les plus beaux cas de succès de l'arsenic se rapportent, au contraire, à des chorées anciennes, à des chorées anomales même, contre lesquelles on avait tenté sans succès les traitements les plus variés. Des trois faits rapportés par Romberg (ouv. cité), il en est un dans lequel la chorée datait de huit ans, un autre dans lequel le début remontait à deux ans, et un troisième dans lequel la chorée n'avait que six mois de date. En quelques mois, dans le premier cas, et quelques semaines dans les deux autres, en quelques jours même, comme on l'a vu dans l'observation que j'ai rapportée, la guérison était parfaite. L'arsenic semble donc venir combler une véritable lacune dans le traitement de la chorée; il s'adresse principalement aux cas les plus graves et les plus rebelles, et pour n'être pas infaillible dans son action, il n'en est pas moins l'un des plus précieux agents dont la thérapeutique dispose dans les cas de ce genre.

Nul doute, relativement à la facilité, à la commodité de l'emploi de ce traitement dans la chorée. Quelques gouttes, une cuillerée au plus d'une solution incolore, sans odeur ni saveur appréciables; certes un pareil traitement l'emporte déjà de beaucoup sur tous ceux dans lesquels on est obligé d'administrer aux malades, et à haute dose encore, des médicaments d'une odeur repoussante, la valériane, par exemple. Tels sont les avantages attachés à ce traitement sous ce rapport, que dans mon opinion, on devrait toujours l'essayer pendant quelque temps, sauf à l'abandonner s'il ne survient pas d'amélioration. Mais ce traitement n'a-t-il pas de danger? Les préparations arsenicales ne sont-elles pas de véritables poisons? Sans doute; mais tout dépend évidemment de la dose à laquelle on les administre. Dans l'observation que j'ai rapportée plus haut, le malade a pris 8 milligrammes environ d'acide arsénieux, 16 milligrammes en deux fois le deuxième jour, 24 milligrammes en trois fois le troisième jour, 3 centigrammes en quatre fois le quatrième jour; à cette dernière dose, il a fallu s'arrêter, par suite de l'apparition des phénomènes d'intolérance. La dose était peut-être un peu forte en commençant; et, comme on le verra plus loin, on a réussi avec des doses bien plus faibles. Mais j'ai pu me convaincre depuis longtemps qu'une alimentation riche et substantielle annihile en grande partie les effets toxiques des préparations arsenicales. Au reste, quelque

faible que soit la dose d'arsenic administrée, il survient toujours, après un certain temps, des phénomènes d'intolérance. D'après Romberg, le premier phénomène d'intoxication est une légère inflammation de la conjonctive; on a noté également, dans quelques-cas, des nausées, des vomissements, des gonflements de la tête et de la face. Je n'ai rien remarqué de pareil sur mon malade; en revanche, l'âcreté et la constriction de la gorge, le cercle de fer autour des orbites, traduisaient la nécessité de suspendre la médication, sauf à la reprendre le lendemain à dose deux ou trois fois moindre. Il va sans dire qu'à l'apparition des premiers phénomènes d'intolérance, la médication doit être entièrement interrompue; mais ce qui est certain et bien démontré, c'est qu'avec des précautions, ce traitement ne fait courir aucune chance fâcheuse aux malades. « Je suis encore à voir l'ombre de l'action délétère de l'arsenic chez les enfants, dit Romberg. » Je l'ai employé dans plus de deux cents cas, chez l'adulte, dit M. Reese, sans avoir jamais eu d'accident. »

Il est donc bien établi qu'avec quelques précautions on peut se mettre à l'abri de toute espèce d'accidents dans l'emploi des préparations arsenicales contre la chorée. J'ai dit que j'avais fait usage de l'acide arsénieux, à la dose de 8 milligrammes environ en commençant, et que cette dose était peut-être un peu forte. Venus allait bien au delà, puisqu'il faisait prendre à ses malades, toutes les deux heures, une pilule contenant 1/40e de grain d'acide arsénieux, soit 3/5 de grain. Mais de toutes les préparations arsenicales, celle qui paraît avoir eu en tout temps le plus de faveur, c'est la solution arsenicale de Fowler, la solution d'arsénite de potasse, à la dose de quelques gouttes, deux ou trois fois par jour. Romberg ne dépasse jamais 3 à 4 gouttes trois fois par jour; mais M. Reese est plus hardi et donne de 6 à 8 gouttes matin et soir, chez les sujets de sept à seize ans, de 10 à 15 gouttes et même 20 gouttes trois fois par jour chez les adultes. Je crois, avec M. le professeur Trousseau, qu'on ne saurait prendre trop de précautions dans l'emploi des préparations arsenicales, et par conséquent que, à quelque préparation qu'il donne la préférence, acide arsénieux, arsénite de potasse, arséniate de soude, un médecin prudent ne doit faire usage que d'une solution titrée et formulée par lui. En commençant par 1 à 2 milligrammes chez l'enfant, par 5 milligrammes chez l'adulte, donnés en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, on n'aura certainement aucun accident à craindre; seulement la dose doit être augmentée peu à peu, sauf à interrompre dès les premiers indices de l'intolérance.

Reese est le seul qui ait donné le conseil de continuer ce traite-

ment une semaine et même plus longtemps après la guérison, dans le but de prévenir les récidives. On a pu voir par l'observation de mon malade que cette pratique n'a aucun inconvénient. Mais met-elle bien certainement à l'abri des récidives?... Romberg a fait à cet égard une remarque assez curieuse, c'est que l'arsenic se montre plus efficace encore contre les récidives que contre les premières atteintes de la maladie.

Je suis loin de croire avoir épuisé tout ce qu'il y aurait à dire relativement à l'emploi des préparations arsenicales dans la chorée. Mon seul but a été d'appeler l'attention de mes confrères sur un traitement à peine connu en France et cependant très-efficace, très-commode et ne présentant pas de véritables dangers, quand il est manié avec prudence. Mais ce qui, à mon avis, doit surtout assurer à l'arsenic une assez belle place dans le traitement de la chorée, c'est son efficacité spéciale et presque spécifique contre les formes les plus graves, les plus invétérées et les plus rebelles de cette maladie.

F.-A. Aran.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur la trépanation de l'os unguis, comme traitement de la fistule lacrymale; à propos d'une discussion à la Société de chirurgie.

Lorsqu'une méthode thérapeutique, créée dès les premiers pas de la chirurgie, est parvenue, quoiqu'avec une fortune diverse, à traverser une série de siècles, il y a dans la longue durée de cette pratique une forte présomption qu'elle satisfait aux indications principales posées par la nature de la maladie; et les modifications nouvelles apportées au procédé opératoire suivi, lorsqu'elles tendent à assurer le succès de ces tentatives, devraient s'appuyer sur cet enseignement traditionnel, au lieu de s'en isoler, ainsi que cela arrive le plus souvent.

Un rapide coup d'œil historique sur la pratique de la perforation de l'os unguis, comme traitement de la fistule lacrymale, va nous en fournir un nouvel exemple. Cette ressource chirurgicale a été mise en lumière dès les premières époques de l'art. Ce n'est pas la seule preuve du génie des opérateurs des temps anciens que de les voir arriver par l'observation seule à tracer un bon traitement de certaines maladies : ainsi, dans l'espèce, de formuler le précepte si important de détruire l'angle supérieur de l'ulcère, sous peine, dit Aëtius, de laisser là un trou d'où suinterait un liquide clair, qui perpétuerait la maladie. L'étude anatomique des voies lacrymales et la

connaissance du cours des larmes n'ont pu que légitimer cette indication.

Quant au procédé chirurgical, la médecine opératoire n'y avait pas ajouté davantage jusqu'en ces dernières années. On a bien dit que les premiers chirurgiens obtenaient la guérison sans la chercher, qu'ils appliquaient à la fistule lacrymale le traitement de tout ulcère fistuleux. Mais pourquoi, après avoir excisé tout le trajet, Archigène pratiquait-il une ouverture à l'os unguis, *cum tenui perforato terebello*, et cherchait-il à assurer le maintien de cette ouverture créée par le trépan, en la cautérisant avec le fer rouge? « Il en est, dit Paul d'Egine, qui, après l'excision des chairs, se servent d'un trépan pour diriger l'eau et le pus dans la narine. Quant à nous, nous nous contentons de la cautérisation et nous brûlons avec des cautères à boutons propres à l'ægilops (nom donné à la tumeur lacrymale par les médecins grecs) jusqu'au point de détacher une lamelle... » Ne nous faisons donc pas les contempteurs de la médecine ancienne, au point de nier l'évidence de semblables enseignements.

Le traitement de la fistule lacrymale par la perforation de l'os unguis est donc une méthode créée par la médecine antique. Consacrée successivement par Celse, Galien, Paul d'Egine, elle a été transmise par les Arabes aux chirurgiens du moyen âge, et sa pratique était demeurée classique jusqu'à l'époque où Anel est venu montrer les ressources que présentaient les injections. J.-L. Petit, en ajoutant une méthode nouvelle, la compression, est venu aussi détourner ses contemporains de l'emploi de la perforation de la cloison nasale. L'expérimentation n'a pas tardé à montrer qu'ils n'avaient pas atteint leur but, car Louis, dans le travail inséré dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, est venu protester contre l'abandon de l'opération ancienne et déclarer avoir vu guérir par cette opération des malades chez lesquels les méthodes précédentes avaient échoué.

Scarpa partageait la même opinion que, dans certaines circonstances, on doit préférer la destruction de l'unguis à tout autre procédé opératoire. Ainsi, appréciant les succès de Nannoni, qui détruisait le sac à l'aide de caustiques, afin d'oblitérer les voies lacrymales, il ajoute « que l'action de ces caustiques s'était étendue dans ces cas jusqu'à l'os unguis et à la membrane interne du nez et avait ouvert aux larmes une route artificielle, pour ainsi dire, *à la honte de l'opérateur*, dont tous les efforts tendaient à laisser un larmoiement perpétuel. »

Hunter, pour citer seulement les noms des chirurgiens qui font autorité, avait également adopté la pratique des anciens. Il se servait

d'un emporte-pièce; pour en faciliter le jeu, il voulait qu'on introduisît dans le méat moyen une plaque de corne, afin de fournir un point d'appui à l'os unguis, et pratiquer plus facilement à l'aide de son perforateur la perte de substance nécessaire. Son procédé, réinventé deux ou trois fois, n'a pu prendre rang dans la science.

M. Reybard est donc venu combler une véritable lacune de la pratique, en la dotant de deux instruments spéciaux, qui, sans imprimer de secousses à la lame osseuse si délicate qui constitue l'unguis, permettent de créer entre le sac lacrymal et la cavité nasale une voie de communication aussi étendue que les circonstances l'exigent.

Le premier de ces instruments A est une sorte de tire-bouchon dont le dernier tour de spire forme une sorte de disque sur lequel viennent tomber les bords tranchants d'une longue canule mobile. Dans la figure, l'instrument est dévissé et laisse voir ainsi la distance qui sépare la tige perforante du tube tranchant, intervalle dans lequel se place la cloison qui sépare les voies lacrymales de la cavité nasale, c'est-à-dire la lamelle osseuse doublée de ses deux feuillets muqueux. Par un mouvement de rotation, on fait avancer le tube mobile, et cette espèce de trépan enlève alors une rondelle des tissus. Comme l'ouverture artificielle n'est pas assez considérable, on lui substitue un second instrument, le perforateur lenticulaire, dont le disque plus large B permet d'agrandir la perte de substance créée par le premier. La trépanation de l'os unguis devient ainsi une opération très-simple.

Si le sagace chirurgien de Lyon, dans le mémoire qu'il a lu, il y a quelques années, à l'Académie de médecine, avait appuyé sa pratique sur l'enseignement traditionnel que nous venons de rappeler, son travail eût eu un plus grand retentissement. L'année dernière, M. Demarquay était le seul chirurgien qui eût publié encore quelques observations à l'appui du procédé de M. Reybard. M. Robert, dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, est venu présenter à ses collègues une malade opérée par la perforation de l'os unguis, afin d'appeler leur attention sur l'ingénieux instrument imaginé par M. Reybard. — Cette femme, admise à l'hôpital Beau-

jon, il y a trois ans, avait été opérée à cette époque par la méthode de Dupuytren, c'est-à-dire par la ponction du sac et la canule à demeure. Elle sortit dans de très-bonnes conditions ; mais peu à peu, étant retournée chez elle, il survint de la suppuration, l'inflammation prit une marche aiguë et la canule dut être retirée. Bien des méthodes de traitement ont été employées en vain chez cette malade. La destruction de l'os unguis ayant réussi à M. Robert dans quatre autres cas où il l'avait mise en usage, ce chirurgien n'a pas hésité à l'employer chez cette femme. Quoiqu'opérée seulement depuis huit jours, la cicatrisation de la plaie était complète.

La communication de M. Robert a provoqué une discussion dans laquelle la plupart des membres de la Société se sont bornés, comme cela arrive trop souvent, à mettre en relief les avantages du procédé opératoire qu'ils ont adopté plutôt qu'ils n'ont discuté la valeur de celui qu'on leur proposait. Voulant répondre aux intentions de notre collègue et servir ainsi les intérêts de la pratique, nous bornons notre examen à la méthode de l'ouverture d'une voie artificielle aux larmes par la perforation de l'os unguis.

Après le coup d'œil historique que nous en avons tracé, nous croyons ne pouvoir mieux faire, pour aider la vulgarisation du procédé de M. Reybard, que de reproduire les premières tentatives de M. Demarquay, en y ajoutant un quatrième cas de guérison obtenue par ce chirurgien depuis la publications de trois premières observations. Au témoignage de MM. Robert et Demarquay, nous pouvons ajouter celui de M. le professeur Bonnet (de Lyon). Notre savant collaborateur, lorsque le traitement médical a échoué et que les moyens chirurgicaux doivent intervenir dans le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale, a été conduit par l'expérimentation clinique à donner la préférence au procédé de son compatriote.

Voici la description que M. Demarquay donne de l'opération de M. Reybard :

« On pratique une incision au sac lacrymal, comme si on voulait mettre une canule dans le canal nasal. Dès que la paroi externe du sac est ouverte, on y introduit un petit cône d'éponge préparée dans le sac lacrymal et on le maintient en place jusqu'au lendemain, à l'aide d'un morceau de sparadrap. Le lendemain, les lèvres de la plaie faite à la paroi externe du sac dilatées par l'expansion de l'éponge laissent apercevoir la paroi du sac. On procède alors à l'opération. A l'exemple des anciens, M. Reybard conseille de modifier la membrane muqueuse du sac, et se sert d'une poudre fortement astringente formée de parties égales d'alun et de sulfate de cuivre. Je crois

que l'on peut se dispenser le plus souvent d'avoir recours à cette pratique.

« Le malade est assis sur une chaise en face de l'opérateur, la tête appuyée et soutenue par les mains d'un aide placé derrière l'opéré. Le chirurgien porte à la partie inférieure interne du sac lacrymal l'instrument perforateur parfaitement ouvert, et il imprime un mouvement de rotation à l'instrument, de manière à le faire pénétrer de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière. On imprime un mouvement de rotation à l'instrument entre les doigts, jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans le méat moyen des fosses nasales. Alors on fait descendre la virole tranchante, véritable emporte-pièce, sur le pas de vis. Pendant ce temps de l'opération, on a bien soin d'immobiliser l'instrument; lorsque l'on a bien pressé la virole tranchante sur le pas de vis, on imprime un mouvement de rotation à tout l'instrument en sens opposé; on le retire de la plaie, et on constate que l'emporte-pièce a entraîné avec lui une portion de la paroi interne du sac lacrymal, dans laquelle on retrouve une partie de l'unguis tapissée par la muqueuse lacrymale et nasale. Si on dit au malade de souffler, comme après l'introduction de la canule de Dupuytren dans le canal nasal, on fait sortir par la plaie du mucus mêlé à une certaine quantité d'air. On peut, en se servant de l'instrument B, agrandir la perforation pratiquée à l'unguis, ce qu'il est important de faire, d'autant plus que cette partie de l'opération n'est ni difficile ni douloureuse pour le malade. Il est très-nécessaire, en pratiquant la perforation de l'unguis, de donner à l'instrument une direction convenable. Si, en effet, on ne dirige point l'instrument assez verticalement, au lieu de tomber dans le méat moyen des fosses nasales, on arrive dans le cornet moyen, et on n'atteint point le but qu'on s'était proposé; d'un autre côté, si même en donnant à l'instrument une direction convenable on ne s'arrête point à temps, on peut perforer la cloison médiane des fosses nasales. Quelques exercices sur le cadavre permettront au chirurgien de sur-



monter toutes ces difficultés faciles à vaincre. Dès que l'opération est terminée et que l'air des fosses nasales passe facilement, pour maintenir cette communication anormale largement ouverte, M. Reybard introduit dans la fosse nasale et dans le sac lacrymal une série de petites boulettes de charpie réunies en queue de cerf-volant. Pour arriver à ce résultat, j'ai prié mon excellent ami, le docteur Gariel, de me faire fabriquer des clous de Scarpa en caoutchouc vulcanisé, comme cela se voit sur le dessin ci-dessus, où j'ai représenté l'opération toute faite, et ce clou mis en place.

«M. Reybard laisse, pendant quelques jours seulement, ces brins de charpie introduits dans la fosse nasale et dans le sac lacrymal. Je crois qu'il importe de laisser pendant un temps plus long un corps étranger dans la voie nouvellement tracée. Je pense qu'il serait bon de laisser sur place pendant dix ou douze jours le clou de Scarpa que j'ai fait fabriquer pour ce sujet. De cette façon, on donne à la voie nouvelle que l'on vient d'établir le temps de s'organiser; les parties circonvoisines se détergent dès que les corps étrangers que l'on a introduits par le canal de nouvelle formation sont retirés du sac lacrymal et des fosses nasales. La plaie du tégument externe se ferme, et toute communication du sac lacrymal avec le grand angle de l'œil disparaît. Je ne saurais trop le répéter : la trépanation de l'unguis n'est point une opération difficile, mais cependant elle demande, comme toutes les opérations qui se pratiquent au voisinage d'un organe délicat, beaucoup de soins, beaucoup de petites précautions nécessaires au succès. »

Avant de discuter la valeur de la modification apportée par M. Demarquay au procédé de M. Reybard, nous voulons rapporter les faits qui ont servi de base au jugement de notre collègue.

Obs. I. *Tumeur lacrymale traitée par la trépanation de l'unguis.* — Detrulaut (Claude), frappeur à Montmartre, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, nº 12, le 22 octobre 1852. — Aucune maladie antérieure, soit des yeux, soit des fosses nasales, ne donne raison de la tumeur que le malade porte vers l'angle interne de l'œil gauche. Cette tumeur remonte à plusieurs années. A peine sensible dès le principe, elle est venue lentement et par degrés au point où elle est aujourd'hui. En même temps qu'elle se développait, il se produisait du larmolement et de la sécheresse dans la narine correspondante.

Lorsque le malade entre à l'hôpital, on constate l'état suivant : au-dessous du grand angle de l'orbite, à gauche, existe une tumeur du volume d'une aveline, oblongue, molle, fluctuante, recouverte par une peau lisse, luisante, sèche et rouge. Quand on la comprime avec le doigt on la fait disparaître, et on voit l'œil gauche se remplir d'une humeur muco-purulente. Aucune larme ne tombe dans la fosse nasale correspondante. Elles s'arrêtent dans le sac lacrymal et entre les paupières et le globe oculaire, de sorte que l'œil gauche est tou-

jours larmoyant. Mais il n'y a pas d'épiphora. Le malade sent de la sécheresse dans la narine gauche, il ne mouche pas, dit-il. Du reste, la santé est bonne. Bien évidemment il s'agit ici d'une tumeur lacrymale.

24 octobre. Avec un bistouri droit on ponctionne la tumeur; on pénètre dans le canal lacrymo-nasal; puis on agrandit l'ouverture du côté de la peau. Il sort de la plaie du pus mêlé aux larmes. Aussitôt après on introduit entre les lèvres de l'incision, très-profondément jusqu'au sac lacrymal, un morceau d'éponge préparée, imprégnée d'une poudre composée à parties égales de sulfate d'alumine et de sulfate de cuivre. Après deux heures, cette éponge préparée a été remplacée par une autre non médicamentée.

Le lendemain, 25 octobre, M. Demarquay, en présence de M. Reybard, perfore l'unguis avec l'instrument de ce chirurgien. L'opération est pratiquée en deux temps : au premier, une perforation est faite; dans le second, on lui donne les dimensions convenables. De petits bourdonnets de charpie, reliés par un fil en queue de cerf-volant, sont introduits dans la plaie. On applique par-dessus un linge cératé, des compresses et une bande pour maintenir le tout. Avant de faire le pansement, on s'assure, en faisant souffler le malade, qu'il y avait communication entre le sac lacrymal et les fosses nasales.

28 octobre. La plaie s'est cicatrisée sans accident, et les larmes coulent facilement dans le nez.

5 novembre. Le malade quitte l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant. La tumeur a disparu; le larmoiement n'existe plus; les larmes coulent et tombent dans les fosses nasales. Aucun accident n'a accompagné l'opération et ses suites.

Obs. II. *Tumeur lacrymale traitée par la trépanation de l'unguis.* — Barthelmy (Marie), âgée de cinquante-trois ans, journalière, habitant La Villette. Cette femme est malade depuis trois ans. Bonne constitution. Bonne santé habituelle. La menstruation a cessé il y a quinze ans. Jamais d'ophthalmie; quelques coryzas sans importance; ni coup ni violence extérieure sur le côté malade. Il y a cinq ou six ans, écoulement aqueux abondant et fréquemment répété par la narine gauche. Peu à peu ce liquide devint plus épais. Il y a trois ans à peu près apparut, après avoir été précédée de quelques douleurs, au grand angle de l'œil gauche, une tumeur de la grosseur d'une tête d'épingle. La pression affaissait cette tumeur et faisait sortir un liquide quelquefois visqueux par le nez et les points lacrymaux. La tumeur reparaissait promptement. A de fréquents intervalles l'inflammation s'en empara; elle se dissipait d'elle-même. Il y a un an, un médecin consulté ordonna des cataplasmes de fécule de pomme de terre et des fumigations émollientes. Il conseilla à la malade de vider par la pression, plusieurs fois par jour, la tumeur qu'elle portait.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 28 octobre. A ce moment, la tumeur lacrymale est rouge, tendue. Elle est ovalaire et mesure 2 centimètres dans son grand diamètre; elle s'affaisse sous la pression du doigt, et cette pression fait sourdre par les points lacrymaux un liquide plus ou moins épais et visqueux, selon la durée du séjour des larmes dans le sac. Quelquefois la pression ne fait rien sortir par les points lacrymaux; mais la malade sent que le liquide coule dans la narine. Outre ces phénomènes, la malade accuse un sentiment de sécheresse dans la narine gauche. Les jours qui suivirent son entrée, fumigations émollientes qui n'amènent aucune amélioration. M. Demarquay se décide à lui trépaner l'os unguis par le procédé de M. Reybard.

Le 4 novembre, la pointe d'un bistouri est enfoncée dans le sac lacrymal, comme pour l'opération de la fistule lacrymale par le procédé ordinaire. Le sac

est alors ouvert dans une étendue d'un centimètre et demi environ. L'incision est oblique de haut en bas et dedans en dehors. Un petit cylindre d'éponge préparée est alors conduit dans le sac lacrymal, à travers les lèvres de l'incision. Ce cylindre, de 4 millimètres de diamètre, est destiné, par sa dilatation, à écarter les parties molles, de manière qu'on puisse agir sur l'unguis, pour ainsi dire, à ciel ouvert. Le soir, on changea le cylindre d'éponge préparée.

5 novembre. La malade placée, ainsi que la veille, comme pour l'opération ordinaire de la fistule lacrymale, l'os unguis est perforé avec l'instrument de M. Reybard, et on enlève une rondelle de cet os. L'ouverture est ensuite un peu agrandie avec le perforateur lenticulaire. Le sang qui coule dans le nez, l'air qui sort facilement par la plaie, quand la malade souffle, le nez et la bouche étant fermés, indiquent le succès de l'opération. Une petite boulette de charpie saupoudrée d'alun est introduite au fond de la plaie, dans le sac lacrymal, pour diminuer l'inflammation préexistante des tissus. — Par-dessus, pansement simple.

6 novembre. L'air passe avec la plus grande facilité par l'ouverture faite au sac.— Pansement simple. Les jours suivants, la plaie extérieure se cicatrise sans accident. La narine est humide.

La malade sort le 18 novembre. Les larmes coulent sans difficulté dans le nez. La malade est tout à fait bien.

Obs. III. *Fistule lacrymale traitée par la trépanation de l'unguis.*—Gehanue, sans profession, âgée de quinze ans, non réglée, d'une constitution un peu molle, et jouissant cependant d'une assez bonne santé. Cette jeune fille a le nez large et aplati à sa racine; aucun de ses parents n'a été affecté de cette maladie.

Il y a six mois, elle a commencé à sentir à l'angle interne de l'œil gauche une petite tumeur dure qui se vidait à la pression par les conduits lacrymaux. Cette tumeur n'était point douloureuse et ne contenait que des larmes; mais, depuis longtemps, la malade s'apercevait que la fosse nasale correspondante était plus sèche que celle de l'autre côté. Deux mois plus tard, la tumeur a grossi; elle est devenue douloureuse, un peu enflammée, et elle a cessé de contenir seulement des larmes. Le liquide est devenu trouble et d'aspect purulent, puis la tumeur s'est ouverte à la surface de la plaie, et une fistule lacrymale s'est formée.

Le 16 septembre, la malade entre à l'hôpital Saint-Louis, et le 4 octobre elle est opérée par M. Demarquay, en présence de M. Denonvilliers. Une incision est faite au sac lacrymal; celui-ci une fois ouvert, M. Demarquay y introduisit un morceau d'éponge préparée. Le lendemain cette éponge est enlevée, et l'écartement des lèvres de la plaie permet de voir distinctement la paroi interne du sac. C'est alors qu'appliquant le trépan perforatif de M. Reybard à la partie inférieure et interne du sac lacrymal, il perfore l'os unguis, pénètre largement dans la fosse nasale correspondante. Un clou de Scarpa en caoutchouc est introduit dans la narine, et une compresse d'eau fraîche est placée au grand angle de l'œil, avec recommandation de la changer souvent

Le lendemain, 5 octobre, aucun accident n'est survenu. On continue le même traitement. Le clou est ôté, nettoyé et replacé comme la veille; les bords de la plaie sont affaissés.

Le 6 et le 7, la malade est très-bien. On continue tous les matins le même pansement. Mais du troisième au quatrième jour de l'opération, la petite malade est prise d'un choléra grave, dont elle guérit. Le clou en caoutchouc est conservé pendant plus de vingt jours dans la plaie, et nettoyé chaque matin. Au

bout de ce temps on l'enlève, et peu de jours après la malade quitte l'hôpital, débarrassée de sa fistule.

Obs. IV. *Tumeur lacrymale. — Oblitération du canal nasal. — Opération.— Canule à demeure. — Deuxième opération. — Enlèvement de la canule. — Trépanation de l'unguis.— Rétablissement du cours des larmes. — Guérison.—* Madame H.... entre à la maison de santé le 19 avril 1855 ; grande, bien constituée, âgée de trente-deux ans, elle habite ordinairement l'Allemagne. Cette dame porte, depuis plusieurs années, une tumeur lacrymale à droite, dont elle ne sait déterminer la cause. Une première opération par introduction de la canule de Dupuytren, pratiquée à la fin de 1855, dans le but de rétablir le cours des larmes n'ayant donné qu'un résultat à peine satisfaisant, résultat qui devint nul au bout de peu de temps, Mme H.... vint à Paris demander d'un autre procédé opératoire ce qu'elle n'avait pu obtenir du premier.

A son arrivée, on constate l'état suivant : tumeur rouge d'un petit volume, occupant l'angle interne de l'œil droit, dessinant parfaitement le sac lacrymal dilaté, épiphora notable, siccité de la narine correspondante, odorat intact; bords libres et glandes des paupières sans altération ; eczéma léger sur la tumeur. Après quelques jours de repos, c'est-à-dire le 22 avril, la canule placée lors de la première opération est enlevée en présence de M. Monod ; M. Domarquay procède immédiatement à l'aide du perforateur de Reybard modifié par lui à la trépanation de l'unguis. Plusieurs applications de cet instrument furent faites dans cette séance. Le premier temps de l'opération consista à pratiquer une sorte de fenêtre, canal artificiel rétablissant la communication entre le sac lacrymal et la fosse nasale ; un disque osseux de la largeur d'une lentille fut détaché de l'unguis dans ce premier temps. Dans le second temps, le même instrument, mais à extrémité mousse et d'un calibre supérieur, fut porté sur les bords de l'ouverture faite avec le perforateur dans le but d'en agrandir la circonférence, en découpant des parcelles d'os et de membrane muqueuse, et se servant comme d'un point central de la communication établie dans le premier temps de l'opération. Trois ou quatre applications de l'instrument suffirent pour creuser un large canal sur les points oblitérés.

L'opération fut terminée par l'introduction d'un cône d'éponge préparée dans l'ouverture faite au sac et dans le conduit de nouvelle formation ; des compresses trempées dans l'eau froide appliquées sur les parties constituèrent tout le pansement. La journée fut bonne, pas de fièvre, sommeil la nuit, pas de douleur, à peine de gonflement.

Le lendemain, les parties sont légèrement tuméfiées, le cône d'éponge est retiré et remplacé par un autre d'un volume un peu supérieur ; même pansement que la veille. La malade se trouve si peu indisposée qu'elle sort se promener.

Le surlendemain, un troisième cône d'éponge préparé est encore introduit ; le gonflement est à peine appréciable.

Le 25, la malade fait passer difficilement l'air de la fosse nasale dans le sac. Le même instrument précédemment employé est de nouveau introduit et enlève des lambeaux de muqueuse avec quelques parcelles d'os qui tendaient à obturer l'ouverture nasale. Trois applications suffirent pour rétablir le cours parfait entre les deux ouvertures. Un clou en caoutchouc de la longueur du canal et de la grosseur de la couronne du trépan est introduit par le sac et laissé à demeure. Chaque matin le clou est retiré pour s'assurer de l'état du nouveau canal; chaque jour cet état est de plus en plus satisfaisant. Enfin, le 30 avril, un dernier examen fait constater qu'une large communication est définitivement

établie entre le sac lacrymal et la narine correspondante; les parties sont abandonnées à elles-mêmes. A partir de ce jour, la plaie faite au sac s'est cicatrisée, tout gonflement a disparu, il ne reste qu'un peu de rougeur. Le 5 mai, une injection est poussée par le point lacrymal inférieur avec la seringue d'Anel, le liquide coule dans la narine et tombe dans la gorge. Le 8, une seconde expérience donne le même résultat; c'est à peine s'il reste une légère trace de l'opération. Madame H..., sort de la maison, après avis de MM. Monod et Demarquay, se regardant comme définitivement guérie. (Observations recueillies par MM. Bosredon, Combessis, internes des hôpitaux.)

Nous citons les faits de M. Demarquay principalement pour montrer la promptitude des résultats obtenus par le procédé de M. Reybard.

MM. Monod, Huguier et Cloquet sont les seuls membres de la Société qui soient restés dans le sujet en discussion. M. Monod, témoin des opérations pratiquées par M. Demarquay, pendant qu'il le remplaçait comme chirurgien de la Maison nationale de santé, est convaincu, a-t-il dit, que les guérisons obtenues par son collègue tiennent à l'oblitération consécutive du sac chez ses opérés, et il regarde comme un fait exceptionnel le résultat présenté par le malade de M. Robert, chez lequel l'air passe de la cavité nasale dans les voies lacrymales. Nous répondrons d'abord à M. Monod que l'observation de ces dernières années semble avoir démontré que le larmoiement après l'oblitération du canal lacrymal n'est pas un accident aussi à redouter qu'on l'a cru pendant longtemps; que ce phénomène morbide, lorsqu'il ne disparaît pas complétement, est toujours alors accidentel et passager. Ensuite, sa remarque appliquée aux premiers essais de M. Demarquay, toute juste qu'elle serait, ne devrait pas être appliquée au procédé de M. Reybard. Dans les résultats incomplets, la faute incombe moins à la méthode qu'à l'opérateur. Je pense que M. Demarquay procède trop timidement à la résection de l'unguis; cette circonstance l'a forcé de chercher par la dilatation à remédier à son défaut de hardiesse dans le degré d'ouverture de la cloison. M. Bonnet nous a dit qu'il pratiquait une perte de substance à peu près de l'étendue de l'ongle du petit doigt, et qu'il avait échoué seulement deux fois sur quinze cas; encore dans ces deux cas cet honorable collègue n'hésite pas à avouer qu'il y avait eu imperfection dans la manière dont l'opération avait été faite. Lorsque le sac est infiltré de suppuration, il le cautérise avec un peu de pâte Canquoin, ainsi que le dit M. Philipeaux dans son excellent Traité de la cautérisation.

Du reste, les suites de l'opération chez les malades de M. Demarquay, que M. Monod a observés, sont de promptes et bonnes guéri-

sons. Si M. Demarquay a pu s'assurer chez trois de ses malades de l'oblitération du sac, puisqu'une injection faite par le point lacrymal inférieur, au lieu de pénétrer dans la fosse nasale correspondante, retournait par le point lacrymal inférieur, il a pu en même temps constater que le larmoiement avait disparu. L'opération, en détruisant la maladie, enleva ainsi l'épine morbide qui provoquait la sécrétion anormale des larmes.

M. Huguier dans deux cas où il se proposait de placer la canule de Dupuytren, n'a pu, dit-il, pénétrer dans le canal nasal qui paraissait oblitéré. Ne voulant remettre son opération commencée et n'ayant pas sous la main d'instruments spéciaux pour créer une voie artificielle, il eut tout simplement recours à une des branches de la pince à pansement ordinaire, et, la faisant agir par ses bords par pression et par rotation, il creusa à son aide et de vive force une voie à travers l'os unguis. Dans les deux cas, la guérison fut complète et durable. Il ne donne pas cette pratique comme un exemple à suivre, mais comme un procédé de nécessité qui lui a rendu service dans des cas embarassants.

M. le professeur Jules Cloquet, en rapportant à la Société les cas de guérisons spontanées de fistules lacrymales chez les malades syphilitiques soumis au traitement interne, qu'il avait vus, a cité le cas d'un homme qui avait guéri après avoir mouché une portion des os du nez. M. Cloquet a trouvé à l'autopsie, pratiquée plusieurs années après, une large communication entre les voies lacrymales et les fosses nasales. La syphilis avait ici établi par hasard ce que la médecine opératoire crée à sa volonté.

Le fait de M. Cloquet rappelle encore l'attention sur un autre point. Dans la pratique chirurgicale, on néglige trop souvent les indications qui naissent de l'état diathésique des malades. Les procédés opératoires sont plus expéditifs et présentent, surtout aux yeux du vulgaire, des résultats moins contestables que ceux qui suivent l'action des agents de la matière médicale. Mais l'œuvre thérapeutique de ces derniers, pour se poursuivre plus lentement, n'en fournit que des effets plus durables.

Le traitement médical dans ces cas de diathèse prépare le succès des opérations et en assure les résultats, quand il ne rend pas inutile l'intervention des instruments. J'en ai un exemple sous les yeux, au moment où j'écris ces lignes. Ma blanchisseuse, qui habite Meudon, était affectée d'une tumeur lacrymale. Les moyens ordinaires ayant été employés sans succès, elle vint à la consultation de l'un des oculistes les plus renommés et à juste titre. Après plusieurs mois de tenta-

tives suivies, et la production de cinq ou six abcès de la tumeur, on lui parla d'opération et avec le fer rouge encore, double épouvantail qui la fit fuir en toute hâte. Elle avait eu un frère atteint de la même maladie et auquel Dupuytren avait placé une canule; plusieurs années après, il avait fallu enlever cette canule. Témoin des efforts que cette extraction avait nécessités, des souffrances causées, cette pauvre femme ne redoutait rien tant qu'une affection semblable. Si la crainte seule pouvait produire une tumeur lacrymale, elle est convaincue qu'il ne faudrait aller chercher ailleurs la source de sa maladie; mais elle partageait avec son frère une cause plus efficiente, une constitution lympathique. Cette femme était si désespérée que j'eus pitié d'elle. Elle présentait une carie de l'os unguis, et je trouvais dans cette circonstance une indication de substituer à l'iodure de potassium, qu'elle prenait inutilement depuis trois mois, le proto-iodure de fer. Je lui fis cesser l'emploi de sa pommade et de son collyre iodurés. Je prescrivis, comme boisson aux repas, une infusion à froid de cônes de houblon et l'usage de pilules de 5 centigrammes de proto-iodure de fer, qu'elle porta progressivement à la dose de trois matin et soir. A dater du quinzième jour de ce nouveau traitement, les abcès de la tumeur, qui se reproduisaient sous l'influence du moindre coup d'air, ne se sont plus manifestés; à la fin du troisième mois, la saillie de la carie de l'unguis avait disparu; l'exfoliation s'en était faite insensiblement, et cette femme était guérie de sa tumeur. Ce succès n'est pas le seul que nous pourrions enregistrer; nous reviendrons un jour sur l'emploi du proto-iodure de fer, en abordant l'étude de la valeur du traitement médical de la tumeur lacrymale.

Pour le moment, forcé de limiter notre jugement à la pratique de la trépanation de l'os unguis, nous n'hésitons pas à conclure que de toutes les ressources chirurgicales vantées pour le traitement des fistules lacrymales qui se montrent réfractaires à l'action des agents de la matière médicale, la méthode ancienne est encore la meilleure, alors même que la voie nouvelle, qu'elle tente de fournir au cours des larmes, ne serait pas toujours permanente; en second lieu, que l'invention des instruments ingénieux de M. Reybard est venue réaliser un progrès incontestable, puisque ceux-ci fournissent le moyen le plus certain d'assurer le but que les chirurgiens les plus haut placés ont poursuivi à toutes les époques.

Debout.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'inopportunité des essais de glycérine iodée comme médicament interne.

Tant que les essais thérapeutiques de la glycérine ont porté sur la valeur topique de la nouvelle substance, l'expérimentation clinique étant sans danger pour les malades, nous les avons encouragés, en prêtant notre publicité aux témoignages honorables, au fur et à mesure qu'ils se produisaient. L'engouement dont on s'est pris tout à coup pour le nouveau médicament a donné lieu à une prétention singulière que nous aurions voulu passer sous silence; mais M. Devergie y ayant fait allusion, nous nous croyons tenu d'en dire un mot. Ce n'est pas seulement rendre un service important à la pratique médicale que l'éclairer sur certains essais auxquels on la convie, c'est faire encore acte de moralité professionnelle, attendu que l'humanité souffrante est la coupelle de nos expérimentations.

La glycérine dissout l'iode; or, s'est-on dit, combinant 20 centigrammes d'iode avec un kilogramme de glycérine *blanche* à l'aide de quantité suffisante d'alcool, on obtiendra ainsi un nouveau médicament, destiné à détrôner l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire, le rachitisme et les scrofules.

Pour qui l'auteur de cette formule prend-il donc ses confrères, lorsqu'il croit que, sans preuves cliniques et sur une simple assertion, ils vont expérimenter une préparation nouvelle? Puisqu'il s'est donné la peine de consulter un pharmacien, celui-ci aurait dû lui faire voir que les simples notions chimiques devaient faire rejeter toute expérimentation de son remède.

D'abord que signifie ce mot de glycérine *blanche?* Tous les produits peuvent être blancs; il eût mieux valu pouvoir mettre *pure*; mais, nous l'avons montré, cela n'est pas encore possible.

On ne met en pratique, en France, que deux procédés de préparation de la glycérine; l'un de laboratoire, dans lequel la glycérine est obtenue en saponifiant exprès de l'huile ou de la graisse avec la litharge ou un alcali quelconque; l'autre industriel, dans lequel la substance nouvelle est retirée des résidus des bougies stéariques.

La glycérine obtenue par l'un ou l'autre procédé n'est pas pure. Le prix de revient de la glycérine par le premier procédé s'opposerait à ce que son emploi se vulgarisât; ensuite, pour priver la glycérine obtenue par la litharge de sa saveur désagréable, il faudrait

la traiter par le charbon animal; or, M. Deschamps, dans un mémoire qu'il a adressé récemment à l'Académie de médecine sur ce produit nouveau, fait remarquer que dans ce traitement la glycérine dissout de la chaux. Or, lorsqu'on vient à additionner cette glycérine d'iode, une partie du métalloïde passe à l'état d'iodure.

Ce que nous avons dit récemment de la composition des glycérines extraites des résidus des bougies stéariques, les seules que l'on trouve aujourd'hui dans le commerçe, portera tous les praticiens à repousser avec nous l'essai de la glycérine iodée, qu'on leur propose comme médicament interne.

Une assertion précieuse que nous trouvons consignée dans le travail de M. Deschamps, et que nous nous empressons de mettre en relief, c'est que le procédé mis en pratique en Angleterre fournit un produit chimiquement pur. Ainsi la glycérine de M. Wilson, de Londres, obtenue par le dédoublement descorps gras sous l'influence de l'eau, de la chaleur et d'une certaine pression atmosphérique, est un produit qui ne contient aucune substance étrangère, et qui seul doit devenir *officinal*, au moins quant aux essais pour l'usage interne.

Ce témoignage d'un chimiste aussi habile que M. Deschamps est des plus importants. Il montre que le contrôle des conclusions thérapeutiques formulées par les médecins anglais, qui se poursuit en France, ne peut pas avoir toute la valeur désirable, puisque les praticiens anglais ont à leur disposition une glycérine pure, tandis que les produits fournis aux praticiens français par le commerce varient avec chaque maison de droguerie.

Cette réserve faite au point de vue de l'avenir de la question, car l'industrie française n'est pas au-dessous de celle de l'Angleterre, revenons au présent, et voyons si M. Lambert-Séron a raison de dire : « S'il est vrai que l'huile de foie de morue, blanche, blonde ou brune, agit par ses principes gras, huileux et iodiques, je pense que notre glycérine ne lui cédera en rien pour ses propriétés médicinales. »

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer le jugement porté par notre collaborateur sur cette préparation nouvelle.

« L'huile de foie de morue, dit M. Deschamps, est un médicament complexe, qui contient, sans parler des autres principes, à peu près 88 à 90 pour 100 d'oléine et de margarine, que nos organes peuvent utiliser dans la formation de notre tissu graisseux, etc., tandis que la glycérine iodée est représentée par un peu d'iode, que l'on peut prendre avec beaucoup de substances, et par de la glycé-

rine, corps indifférent qui ne peut fournir à nos organes aucun principe assimilable. Cela se conçoit très-bien, lorsqu'on sait que la glycérine est composée d'oxyde de lipyle et d'eau; que l'oxyde de lipyle est une base qui sature très-bien les acides gras, et qui ne peut exister à l'état de liberté : il faut qu'elle soit combinée avec des acides gras ou avec de l'eau. Lorsqu'elle est combinée avec cinq équivalents d'eau pour constituer la glycérine, elle devient indifférente, et ce n'est que très-difficilement qu'on parvient à la faire sortir de cette indifférence. »

Pour résumer les faits principaux de cette courte discussion, nous dirons : La glycérine iodée est un produit sur la valeur duquel on ne peut se prononcer encore, mais elle n'a pas les propriétés de l'huile de foie de morue, elle ne saurait en aucune manière lui être substituée. Il n'est pas prouvé que, lorsqu'on ajoute une petite quantité d'iode à de la glycérine pure, tout l'iode reste à l'état de métalloïde.

Notice sur les bains sulfureux ; sulfure de chaux.

Par M. Soubeiran, professeur à la Faculté de médecine.

(Suite et fin) (¹).

Sulfure de chaux. — Le bain de sulfure de chaux serait certainement le plus économique de tous. Si on ne l'a pas adopté dans les établissements hospitaliers, c'est qu'à son emploi se rattachent deux inconvénients assez graves : d'abord il se couvre promptement d'une couche de carbonate calcaire, qui encroûte les baignoires et les malades ; ensuite il ne donne pas à la peau ce caractère de douceur qui résulte du contact des sulfures alcalins, comme de celui de leurs carbonates. Il est pour l'emploi ce que le chlorure de chaux est au chlorure de soude. Le bain de sulfure de chaux se décompose aussi à l'air plus vite que celui de sulfure de potasse ; j'ai vu un de ces bains perdre en une heure la moitié de son principe sulfureux.

On se servirait cependant avec économie et sans inconvénient du sulfure de chaux, dans le cas où l'on voudrait administrer un bain laiteux de polysulfure d'hydrogène. En ce cas, on emploierait de préférence de l'acide hydrochlorique, qui forme avec la chaux un sel soluble.

Le sulfure de chaux préparé par la voie humide est le seul dont on puisse se servir pour les bains. En opérant par la voie sèche, que l'on veuille décomposer le sulfate de chaux par le charbon, ou

---

(¹) Voir les livraisons des 15 et 30 mars, pages 216 et 261.

la chaux par le soufre, on n'obtient jamais que des mélanges qui renferment peu de sulfure de chaux soluble. Le procédé donné par le Codex, bien que meilleur, fournit aussi un produit mêlé de beaucoup de chaux et de soufre. Si l'on voulait absolument avoir un sulfure de chaux solide, le mieux serait d'évaporer à grand feu la dissolution de polysulfure de chaux obtenue en faisant bouillir la chaux avec le soufre.

Résumé. — Il me paraît nécessaire, en résumé, de distinguer dans la pratique les divers bains sulfureux que voici :

Bain de sulfure de sodium. — Fait avec le monosulfure de sodium cristallisé.

Bain de bihydrosulfate de soude, préparé en ajoutant à la dissolution du sulfure de sodium la quantité d'acide nécessaire pour en décomposer la moitié.

Bain hydrosulfurique. — C'est un bain d'hydrogène sulfuré. On le prépare en ajoutant au bain de sulfure de sodium assez d'acide pour séparer tout le soufre à l'état d'hydrogène sulfuré.

Bain de sulfure de potasse. — Il contient de l'hyposulfite de potasse et du trisulfure de potassium.

Bain blanc d'hydrosulfate de potasse. — Il contient, en outre de l'hyposulfite de potasse, du bihydrosultate de potasse et du magistère de soufre. On l'obtient en ajoutant au bain assez d'acide pour décomposer la moitié du sulfure de potassium.

Bain blanc hydrosulfurique. — C'est une dissolution d'hyposulfite de potasse et d'hydrogène sulfuré avec du magistère de soufre. On l'obtient quand on ajoute au bain de sulfure de potasse assez d'acide pour détruire tout le sulfure alcalin.

Bain de persulfure d'hydrogène. — Dans ce bain, la dissolution d'hyposulfite de potasse tient en suspension du persulfure d'hydrogène à trois proportions de soufre, lequel se décompose lentement en hydrogène sulfuré et en magistère de soufre.

Les bains de sulfure de soude correspondent aux divers bains de sulfure de potasse que je viens de désigner. Il faut, dans les formules, remplacer 5 parties de sulfure de potasse sec par 16 parties de sulfure de soude liquide à 25 degrés.

FORMULES DE BAINS SULFUREUX.

Bain de sulfure de sodium.

Pr.	Sulfure de sodium cristallisé	ãã 40 grammes.
	Carbonate de soude cristallisé	
	Chlorure de sodium	

pour un bain de 200 litres

Bain de bihydrosulfate de soude.

Pr. Sulfure de sodium cristallisé........... 40 grammes.
Acide tartrique........................ 13 grammes.

ou

Bisulfate de potasse.................. 21 grammes.

pour un bain de 200 litres.

Faites dissoudre le sulfure dans l'eau du bain et promenez lentement au fond de la baignoire l'acide tartrique ou le bisulfate de potasse pris en poudre grossière.

Ce bain contient du bihydrosulfate de soude (sulfure double de sodium et d'hydrogène).

Le médecin en variera la force à sa volonté. Le poids de l'acide tartrique est presque exactement le tiers; et le poids du bisulfate de potasse la moitié du poids du sulfure alcalin que l'on introduit dans la formule. Ces rapports simples, dont il est facile de se rappeler, donnent une approximation tout à fait suffisante.

Bain hydrosulfurique.

Pr. Sulfure de sodium cristallisé............... 40 grammes.
Acide tartrique........................... 24 grammes.

ou

Bisulfate de potasse....................... 42 grammes.

pour un bain de 200 litres.

Opérez comme il a été dit pour le bain de bihydrosulfate de soude. Ce bain est une dissolution de gaz hydrogène sulfuré.

Les poids de l'acide tartrique et du bisulfate de potasse sont le double de ceux de la formule précédente, c'est-à-dire pour l'acide tartrique 2/3 du poids du sulfure et pour le bisulfate, poids égal.

Bain de sulfure de potasse (1).

Pr. Sulfure de potasse sec du commerce......... 50 grammes.

Faites dissoudre, pour un bain de 200 litres.

Ce bain contient un mélange de trisulfure de potassium et d'hyposulfite de potasse.

On peut remplacer le sulfure de potasse sec par trois fois son poids de sulfure de potasse liquide à 30 degrés.

Si l'on veut un bain à base de soude correspondant, on se servira du sulfure de soude à 25 degrés, en même quantité que le sulfure de potasse liquide.

---

(1) Les sulfures de potasse du commerce fabriqués avec la potasse ordinaire sont d'ordinaire plus faibles que le sulfure dans la proportion d'un sixième. Ils saturent tous un peu plus d'acide, sans doute à cause de la présence d'un peu de carbonate alcalin.

Bain blanc d'hydrosulfate de potasse.

Pr.	Sulfure de potasse du commerce............	50 grammes.
	Acide tartrique..........................	16 grammes.
ou		
	Bisulfate de potasse.........................	26 grammes.

pour un bain de 200 litres.

On fait dissoudre le sulfure de potasse dans l'eau du bain, et l'on promène au fond de la baignoire, pour les dissoudre, l'acide tartrique ou le bisulfate de potasse.

Ce bain contient de l'hyposulfite de potasse, du bihydrosulfate de potasse (sulfure double de sodium et d'hydrogène), et de plus il tient en suspension du soufre hydrogéné (magistère de soufre).

Le médecin peut facilement mnémoniser le rapport de l'acide au sulfure de potasse. Il est, comme pour le bain de sulfure de sodium, de 1/3 pour l'acide tartrique et de moitié pour le bisulfate de potasse.

Ici encore on pourra remplacer le sulfure sec de potasse par trois fois son poids de sulfure de potasse liquide à 30 degrés ou de sulfure de soude à 25 degrés.

Bain blanc hydrosulfuriqué.

Pr.	Sulfure de potasse du commerce...........	50 grammes.
	Acide tartrique..........................	32 grammes.
ou		
	Bisulfate de potasse.........................	52 grammes.

pour un bain de 200 litres.

Opérez comme il a été dit pour le bain blanc hydrosulfaté. Ce bain contient de l'hyposulfite de potasse, de l'hydrogène sulfuré et du soufre hydrogéné.

La proportion d'acide tartrique nécessaire pour ce bain, comme pour le bain hydrosulfurique simple, est sensiblement des 2/3 du poids de sulfure de potasse et celle du bisulfate de potasse est égale au poids du sulfure, à quelque petite différence près qu'on peut négliger dans les formules.

On peut aussi le préparer avec le sulfure de potasse ou le sulfure de soude liquides.

Bain de persulfure d'hydrogène.

Pr.	Acide tartrique..........................	32 grammes.
ou		
	Bisulfate de potasse......................	52 grammes.
ou		
	Acide sulfurique à 66°....................	22 grammes.
	Mélangez l'acide à l'eau du bain...........	200 litres.

ajoutez ensuite

	Sulfure de potasse liquide à 30°..........	150 grammes.
ou		
	Sulfure de soude liquide à 25°............	

Ce bain contient de l'hyposulfite de potasse et du persulfure d'hydrogène, qui se décompose lentement en gaz hydrogène sulfuré et en magistère de soufre.

Son caractère principal est dans la persistance de l'odeur sulfureuse que les malades conservent après la sortie du bain.

J'ai signalé dans cette notice les différences que la nature du principe sulfuré et que le mode de préparation entraînent dans la composition des bains sulfureux. Maintenant il appartient aux médecins praticiens de rechercher si l'action thérapeutique suit les variations de la composition chimique. Je ne sache pas qu'aucun travail suivi ait été fait dans cette direction. Je termine en exprimant le vœu que cette tâche soit entreprise par quelqu'un des médecins qui pratiquent à l'hôpital Saint-Louis. Nul n'est aussi heureusement placé pour mener à bonne fin une pareille expérimentation et pour enseigner enfin aux thérapeutistes quel compte ils ont à tenir des différences de composition des divers bains sulfureux artificiels.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observations témoignant des bons effets du lupulin et du chanvre indien dans le traitement de la blennorrhagie.

Aux faits que vous avez cités à l'appui de l'action spéciale du lupulin et du chanvre sur les organes génito-urinaires, permettez-moi d'ajouter les deux observations suivantes, l'enseignement clinique en découle trop naturellement pour que j'aie besoin d'y ajouter aucune remarque à cet égard. Reste au temps à faire son œuvre, puisque le temps, c'est l'expérience en action.

Obs. I. — A. L..., âgé de quarante-cinq ans, contracta une blennorrhagie dans les derniers jours de mars 1855 : c'est pour lui un péché d'habitude. Il vint me consulter dans les premiers jours d'avril. La sécrétion était cuisante, l'écoulement abondant, les érections nocturnes très-douloureuses. Je lui conseillai une médication qui m'avait presque constamment réussi au début de cette affection. La poudre de poivre cubèbe, à la dose de 45 grammes par jour, en trois prises, et le soir quatre pilules opiacées-camphrées, d'après la formule

de M. Ricord. Quinze jours de ce traitement n'amenèrent aucune amélioration. Le malade prit alors pendant quelque temps, d'après l'avis d'un pharmacien des environs, une solution de tannin en injections, sans plus de succès. De retour d'un voyage qu'il fit à Clermont, il prit un opiat balsamique ; plus tard, pendant assez longtemps, des infusions de pois chiches torréfiés, trois par jour ; enfin, deux fois, à quelques jours d'intervalle, la potion de Chopart. Le temps passait, les traitements se succédaient, et, malgré un régime sévère suivi avec persistance, le malade ne guérissait pas. A. L... revint me trouver le 20 du mois d'août. La miction était peu douloureuse, mais l'écoulement était très-abondant, et il avait toutes les nuits de fréquentes et pénibles érections. Je le mis aux pilules d'extrait de chanvre et de lupulin, d'après la formule que vous veniez de publier dans le *Bulletin de Thérapeutique* : Lupulin, 20 grammes ; extrait de chanvre indien, 1 gramme. Triturez avec soin et faites selon l'art 100 pilules.

Mon malade prit cinq de ces pilules par jour, et employa en injections 125 grammes de la liqueur (eau distillée, 100 grammes et liqueur de Van-Swiéten, 25 grammes). Les érections cessèrent complétement et l'écoulement ne tarda pas à se borner à une goutte de mucus tous les matins. Il se crut guéri et fut à quelques lieues, en voiture, voir un ami. Son arrivée fut fêtée, et, grâce au voyage et aux excès de table, L... revint avec son écoulement et ses érections.

Mais au bout de six jours, c'est-à-dire quand il eut prit pris de nouveau trente pilules et quelques injections, les érections et l'écoulement avaient disparu ; il ne restait plus que la goutte du matin, qui cessa, à son tour, lorsque le malade eut épuisé en injections deux autres fioles de la liqueur. La guérison fut complète et ne s'est pas démentie, quoique le malade n'ait pas tardé à se livrer à ses anciennes et peu prudentes habitudes.

Obs. II.—B. G..., âgé de vingt-deux ans, est venu me consulter le 4 janvier de cette année. Il était porteur d'une gonorrhée contractée à Lyon dans la première semaine de septembre 1855. Il employa d'abord des injections avec une liqueur iodo-tannique, dont il ne sait pas la formule, et quelque temps après une boîte de capsules de Mothes : ce fut tout. N'en ayant obtenu que peu de soulagement, il laissa, dit-il, couler sa maladie, se privant et s'inquiétant peu. Il n'a bien senti la nécessité de se guérir que lorsqu'il a été rentré chez lui. Lorsqu'il s'est présenté à moi, l'écoulement était abondant et épais, la miction assez facile, mais les érections nocturnes très-douloureuses. Pendant les deux mois précédents, elles avaient été moins

fréquentes et tolérables. Un long voyage (de Lyon à Trémouille-Marchal, dans le Cantal) était cause de cette récrudescence.

B. G... prit trente pilules de haschisch et de lupulin, et des injections avec la liqueur. Lorsqu'il eut terminé, il ne lui resta plus, comme au sujet de la précédente observation, qu'une goutte d'écoulement le matin. N'ajoutant aucune importance à ce reste de la maladie, G... ne prit plus aucune précaution, et à la suite de quelques écarts de régime, il me revint avec son écoulement et ses érections. Je lui conseillai d'employer le même traitement et de la même manière, c'est-à-dire cinq pilules par jour (deux le matin et trois le soir) et une injection avec la liqueur tous les soirs. C'était le 29 janvier; dix-sept jours après (le 15 février), j'appris par un de ses amis qu'il était complétement guéri. Je n'ai revu G... qu'avant-hier, 5 mars; la guérison ne s'est pas démentie.

« La seconde comme la première fois, me dit-il, *dès la seconde nuit*, je n'ai plus eu d'érections; l'écoulement a diminué sensiblement et progressivement, et lorsque les trente pilules et les injections ont été terminées, il ne m'est plus resté qu'une goutte d'écoulement le matin. Seulement, cette fois, elle a, au bout de quelques jours, disparu d'elle-même, car j'ai suivi sévèrement, au point de vue du régime, les conseils que vous m'aviez donnés. »

Ém. Delpeuch, D.-M.
à Bort (Corrèze).

BIBLIOGRAPHIE.

Du Suicide et de la folie suicide, considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie, par M. Brierre de Boismont, docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur d'un établissement d'aliénés, chevalier des ordres de la Légion d'honneur et du Mérite militaire de Pologne, lauréat de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, etc.

Dans la première ferveur de leurs études sérieuses sur les maladies mentales, peu de médecins hésitèrent à voir dans le suicide autre chose qu'un des accidents variés de la folie; ils s'appuyèrent surtout sur ces deux faits incontestables : premièrement, que le meurtre volontaire se rencontre souvent chez les insensés; secondement, qu'un acte aussi radicalement opposé à l'instinct de conservation, qui vit si énergiquement dans l'homme, suppose une perversion profonde, éminemment morbide, survenue dans le jeu intime de la vie. De nos jours, et bien avant que M. Brierre de Boismont ne prît la parole dans cette question, une réaction s'est faite

dans les esprits, qui les éloigne de cette conception trop absolue, et tend à les ramener tous les jours davantage à une appréciation plus vraie et plus juste des choses. Le livre que publie aujourd'hui notre savant confrère nous paraît appelé à diriger sagement cette réaction, et ce qui vaut mieux encore, à la féconder, en tant qu'il s'agit de lutter contre un mal qui semble tous les jours grandir.

M. Brierre de Boismont a enfermé dans neuf chapitres distincts toutes les questions qui, dans son opinion, se rattachent, soit au suicide libre, soit au suicide suscité par les impulsions fatales de la maladie. Il y traite successivement du suicide, aux diverses époques de l'humanité, de ses causes, dont il a eu tort peut-être de séparer la discussion de celle où il examine, en cherchant à l'approfondir, la nature du meurtre de soi-même. Dans autant de chapitres différents, et qui ne font, à vrai dire, que développer davantage l'étiologie du suicide, il analyse, sur la foi de documents authentiques, les derniers sentiments exprimés par les malheureuses victimes de la plus triste aberration ; puis, poursuivant sous une autre face une question qu'il a déjà largement étudiée, il s'efforce de marquer l'influence de la civilisation sur le développement du meurtre volontaire ; il le suit dans les diverses régions du globe, dans les diverses parties de la France, dans ses rapports avec les révolutions politiques, les saisons, etc. Enfin, il traite de la physiologie et de la symptomatologie du suicide, et, après l'avoir étudié dans ses rapports à la médecine légale, il termine son intéressant ouvrage par un chapitre aussi bien écrit que sagement pensé sur le traitement à opposer à un mal qui, quand il est volontaire, est autant et plus peut-être du ressort de la religion, de la philosophie et de la loi, que de la médecine proprement dite.

Érudition choisie, discussion lumineuse, analyse judicieuse des mobiles de l'âme humaine, sentiments naturellement élevés, qui ne défaillent jamais, parce qu'ils naissent de la source intarissable du bien, du beau et du vrai. M. Brierre de Boismont a répandu sur ce livre toutes les richesses d'une nature d'élite : telle est même la séduction qu'offre à la lecture cet ouvrage, qui traite pourtant d'un sujet si sévère, qu'on est presque invinciblement entraîné à le relire encore, quand on l'a lu déjà. Nous ne savons guère d'ouvrage de science dont nous pussions dire la même chose ; on relit ces livres cependant, mais c'est par devoir, et non par l'attrait du plaisir qu'on s'en promet. Comme force nous est de nous renfermer dans d'étroites limites, nous avons à nous défendre ici même de cette séduction ; c'est cette prudence qui nous a fait condenser en quel-

ques lignes la substance du livre du savant auteur. Affranchi ainsi désormais du devoir qui nous commande de faire connaître au moins l'ensemble de l'ouvrage soumis à notre appréciation, il nous sera libre de nous arrêter à quelques-unes des questions principales qui y sont traitées, parce qu'il nous sera permis de limiter ces questions mêmes.

La question fondamentale qu'avait à traiter, en parlant du suicide, M. Brierre de Boismont, c'était évidemment celle dont nous avons déjà dit un mot, et qui a trait au meurtre de soi-même dans ses rapports avec la liberté morale. Cette question, l'auteur l'a largement étudiée, et il a établi d'une manière complétement irréfutable, qu'à ce point de vue, le suicide, accident de la folie, doit être essentiellement distingué du suicide, qui prend sa source exclusivement dans l'une des passions de l'égoïsme humain : ici, le suicide devient un crime contre Dieu, contre la société, contre soi-même; là, il est une forme particulière, ou pour parler plus correctement, un accident particulier de la folie. La démonstration de la réalité de cette distinction capitale, au point de vue de la médecine, de la religion et de la philosophie, éclate à toutes les pages de ce livre; mais nous avons remarqué un argument qui nous semble défier toute controverse : nous demandons au lecteur la permission de l'exposer ici. « Avec la doctrine absolue de l'état de folie dans les cas de suicide, le libre arbitre n'existerait plus. Quoi ! un homme aura le triste privilége de se faire voleur, faussaire, assassin, après avoir froidement posé le pour et le contre, et il ne pourra attenter à ses jours, lorsqu'il se croira dans la nécessité de le faire ! Sur quels motifs se fonde-t-on pour condamner dans le premier cas ? Sur ce que l'individu a agi avec discernement, sur ce qu'il savait ce qu'il faisait. L'instruction prouve souvent, en effet, que le coupable a pris ses mesures, prévu toutes les circonstances, marché avec lenteur, mais résolûment vers son but... Ainsi des actions criminelles peuvent être exécutées, et le sont en effet tous les jours, par des hommes qui ont leur raison, et il faudra être fou pour trancher en un instant une existence qui se traîne dans les privations, les douleurs, la misère et l'isolement ! » Une pareille opinion est en opposition directe avec le sens commun, la plus irrécusable autorité. Si nous ne nous abusons, il est impossible, en face d'un raisonnement aussi plein, aussi serré, de soutenir la thèse soutenue encore aujourd'hui par quelques médecins, que le suicide est le résultat nécessaire de l'aliénation de l'esprit.

Encore une fois, M. Brierre de Boismont ne s'est pas contenté de

cet argument pour établir la distinction fondamentale dont il s'agit en ce moment, il a évoqué de l'histoire, ou recueilli dans les pages sanglantes des lettres que laissent en mourant tant de suicides contemporains, une masse de faits qui ne permettent aucun doute sur la réalité de cette distinction. C'est surtout ici que le livre de l'auteur offre un intérêt saisissant, et qui, au point de vue de la prophylaxie, peut le convertir, en un moment opportun, en un remède efficace.

Cette dernière remarque nous conduit naturellement à dire un mot de l'ensemble des moyens qui, dans l'opinion de M. Brierre de Boismont, doivent être opposés à l'impulsion suicide, soit morale, soit morbide. Quand un aliéné manifeste une tendance au suicide, il va de soi que rien que cette nouvelle manifestation commande une surveillance plus attentive. Mais cette forme de délire peut être encore utilement combattue, dans un certain nombre de cas, par les irrigations, les bains prolongés, et quelquefois par l'opium. Nous disons que ces remèdes peuvent être opposés efficacement aux tendances suicides chez les aliénés, mais il est évident que ces moyens n'en excluent pas un certain nombre d'autres, que des indications particulières pourraient appeler.

Quant au suicide qui a sa source dans les passions, dans la défaillance morale, dans le défaut de ressort d'une âme qui a perdu le sentiment de Dieu, dans laquelle une fausse philosophie a fait le vide, ou qui végète dans une fatale indifférence, M. Brierre de Boismont n'hésite pas à déclarer que le secours le plus sûr dans cette immense misère, c'est le retour aux idées religieuses : le véritable médecin ici, c'est le prêtre, mais le prêtre intelligent, dévoué jusqu'à la charité. Il n'est pas besoin d'ajouter que, dans la pensée du savant médecin dont nous nous occupons en ce moment, si l'on veut arrêter cette progression effrayante, qu'on remarque presque chaque année dans le nombre des suicides volontaires, il n'y a pas d'autre moyen que de faire retour à la vraie philosophie, au christianisme ; il faut le redire ici encore, il faudra le redire toujours : *Hoc signo vinces*.

Une remarque que n'a pas faite M. Brierre de Boismont, et que nous lui demandons la permission de faire ici, c'est celle-ci : avec tous les auteurs qui ont étudié la question, il rend responsable d'une partie des suicides qui épouvantent la société contemporaine la littérature larmoyante, lugubre, dont le dix-huitième siècle surtout s'est fait l'ardent promoteur. Est-ce sérieusement que parlent ces auteurs? N'en croyez rien, c'est un air nouveau qu'ils chantent, voilà tout. Que leur importe le livret? écoutez : « Souvent le matin,

dès le lever du soleil, je me rends à mon cher Wahlheim, je cueille moi-même mes petits pois dans le jardin de mon hôtesse; je m'assieds pour les écosser en lisant Homère; puis, dans la petite cuisine, je prépare le beurre au fond d'un poêlon, je mets les pois sur le feu, je les recouvre, et je m'établis près du foyer pour les soigner; alors mon imagination me retrace les fiers amants de Pénélope égorgeant, dépeçant et rôtissant les bœufs et les sangliers. Rien ne me procure une jouissance plus réelle, plus douce que ces traits de la vie patriarcale, dont je puis, sans affectation, entrelacer le tissu de ma vie. Que je suis heureux d'avoir un cœur fait pour sentir la joie innocente et simple de l'homme qui pose sur sa table le chou qu'il a lui-même élevé! il ne jouit pas seulement du chou, mais il se rappelle encore la belle matinée où il le planta, les délicieuses soirées où il l'arrosa, et le plaisir qu'il éprouvait en voyant sa croissance progressive. » Savez-vous où je puise cette tirade? dans Werther; et c'est Werther lui-même, l'amant platonique de Charlotte, qui parle. N'est-ce point de la puérilité? ajoutez à ceci que les Werther, les Saint-Preux (1), les Jacopo Ortis, les René, les Manfred, se tuent tous avec des grâces infinies; mais c'est là la fable. Quant aux auteurs, qui tirent les fils auxquels sont attachées ces pauvres marionnettes, ils meurent dans leur lit d'une attaque d'apoplexie ou d'une goutte rentrée, comme des personnes naturelles. Si quelquefois M. Brierre de Boismont touche de nouveau à cette question, qu'il se souvienne de notre remarque et lui donne place dans son livre, ce sera un avis au lecteur qui sera peut-être compris.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux cas de dystocie par hydrocéphalie externe. — M. Cazeaux vient de communiquer à la Société de chirurgie la relation de deux

(1) On a dit de Rousseau qu'il s'était suicidé : on sait positivement aujourd'hui qu'il n'en est rien; il est mort après avoir refusé une saignée indiquée peut-être, en disant que ce moyen pouvait être excellent pour le vulgaire des hommes, que pour lui ce ne pouvait être que chose dangereuse, attendu qu'il n'avait dans les veines que du bon sang. Comme tout le monde, nous avons admiré cette phrase magnifique que le même philosophe mit un jour dans la bouche d'un de ses héros : « La roche est escarpée, l'abîme est profond, et j'ai le désespoir dans le cœur. » Nous nous demandions alors si ce langage sublime il l'avait puisé un jour dans une émotion vraie, dans quelque tentative de suicide avortée : nous étions bien jeune alors; aujourd'hui nous sommes convaincu qu'il n'a même jamais contemplé cet abîme profond du haut de cette roche escarpée, il aurait eu bien trop peur de choir.

faits d'hydrocéphale observés sur des enfants pendant le travail de l'accouchement, et qui offrent des particularités qui les distinguent de la description généralement donnée par les auteurs classiques.

Une femme bien conformée, et qui était déjà une fois accouchée heureusement, était depuis trente-six heures en travail. La dilatation du col était complète, les douleurs avaient été énergiques, les membranes s'étaient rompues ; mais des efforts infructueux avaient épuisé la malade et suspendu le travail.

M. Cazeaux reconnut au détroit supérieur une tumeur molle, n'ayant aucun des caractères de la tête, mais rappelant plutôt une présentation du siége ; cependant elle se tendait et devenait rénitente pendant les contractions, mais n'offrait nulle part la résistance osseuse. Dans l'intervalle des douleurs, M. Cazeaux introduisit sa main presque tout entière dans le vagin, et put ainsi embrasser la tumeur avec les doigts opposés. La pression lui permit alors de constater sans peine une tête surmontée d'une poche liquide. Comme il avait souvenir d'avoir déjà, il y a dix ans, constaté un fait semblable, il n'hésita pas à porter le diagnostic suivant :

— Présentation du sommet avec hydrocéphale externe, coïncidant sans doute avec une hydrocéphale interne.

L'auscultation pratiquée ne fit point entendre les battements du cœur du fœtus ; on en conclut qu'il n'était point vivant. Une petite incision de 3 millimètres fut alors pratiquée avec la pointe des ciseaux de Smellie sur le sommet de la tumeur ; un verre de liquide s'écoula. On reconnut sans difficulté dès lors les os du crâne, dont les sutures étaient fort écartées, ce qui confirma le diagnostic d'une hydrocéphale interne, indépendante de la première.

Le forceps fut appliqué alors, mais sans résultat. Trois quarts d'heure après, M. Cazeaux se décida à pratiquer avec les mêmes précautions une nouvelle ponction. Cette fois, un litre de liquide s'écoula, et dès lors l'accouchemen reprit sa marche et se termina spontanément.

Il y a dix ans, M. Cazeaux avait déjà observé un fait semblable. Il avait été appelé, par M. le docteur Martin Saint-Ange, auprès d'une femme en travail depuis trente-six heures, et dont la délivrance ne s'effectuait pas malgré l'emploi de diverses excitations et du seigle ergoté. Au début, M. Martin Saint-Ange avait constaté une présentation de la tête. M. Cazeaux, ayant touché, fut d'un avis opposé, et crut plutôt à une présentation du siége. Cependant, profitant d'une cessation des contractions, il toucha de nouveau, déprima la tumeur

avec force et arriva en effet sur la surface osseuse du crâne. Deux applications de forceps furent faites sans résultat. Une ponction alors pratiquée donna issue à deux verres de liquide environ. Cette évacuation fut suivie d'une nouvelle application de forceps, qui amena sans peine un enfant mort.

Les sutures étaient écartées, une collection liquide siégeait à l'intérieur du crâne ; une incision, faite sur une suture, lui donna issue : il y avait donc simultanément hydrocéphale interne et hydrocéphale externe.

M. Cazeaux se demande quel est le mécanisme de formation de cette double collection. Il a parcouru tout d'abord les recueils d'obstétrique ; il a vu que tous les auteurs avaient parlé de l'hydrocéphale externe, mais que personne n'avait songé à la rattacher à l'existence d'une collection séreuse intérieure ; que d'ailleurs l'hydrocéphale externe était généralement mal décrite, pauvre de faits, les auteurs s'étant la plupart du temps copiés les uns les autres.

MM. Depaul, Danyau et les modernes n'ont de leur côté rien observé de semblable.

Il y a deux hypothèses qui peuvent rendre compte de la formation des deux collections liquides :

1° On peut supposer qu'elles se sont formées isolément, d'une façon indépendante, l'une dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'autre dans l'intérieur du crâne. M. Cazeaux est peu disposé à admettre cette interprétation.

2° Il est possible qu'une hydrocéphale interne existe seule avant le travail, et que, sous l'influence exercée par la pression, la contraction des parois de la matrice, une certaine quantité du liquide intérieur passe à travers une fissure des membranes des sutures et s'épanche en dehors de la boîte osseuse, de manière à former une tumeur surajoutée à la surface.

Cette théorie est justifiée par ce fait, que, dans le second cas, M. Martin Saint-Ange avait reconnu au début du travail une tête que M. Cazeaux avait plus tard trouvée masquée par une tumeur liquide. Cependant cette interprétation soulève une difficulté si l'on admet une fissure, une perforation faisant communiquer entre elles les deux poches liquides. Comment expliquer qu'après l'évacuation du contenu de la première, la seconde ne se vide pas ? Comment se rendre compte de la nécessité d'une double ponction dans la première observation, de la persistance de l'hydrocéphale interne dans la seconde, alors même que la pression énergique du forceps avait comprimé la tête ?

Quoi qu'il en soit, ces faits sont de nature à modifier un peu, et le diagnostic de l'hydrocéphale, et le procédé opératoire de la ponction. On s'attend, en général, dans cette maladie, à rencontrer toujours les sutures, dont les bords seulement sont fortement écartés; ici, au contraire, une tumeur molle ne laissait pas aborder jusqu'aux os : de là la nécessité d'une pression très-forte, d'un refoulement violent de la poche liquide, pour constater la véritable présentation.

On doit également être fort circonspect dans la ponction; la faire très-superficielle, très-peu étendue, en évitant de se servir de l'instrument tranchant.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement (*Emploi du tartre stibié en lavements comme moyen d'activer les douleurs de l'*). Nous ne donnons qu'avec une certaine réserve les faits qui vont suivre, et nous leur aurions même refusé toute publicité, si la dose de tartre stibié ainsi administré eût été considérable. Il nous semble assez étrange, en effet, que le tartre stibié exerce une action quelconque sur l'utérus en dehors des effets de vomissements et des garde-robes qu'il provoque. Telle serait cependant la vérité, d'après M. Young. Appelé auprès d'une femme de trente et un ans, forte et pléthorique, chez laquelle les douleurs étaient fortes et répétées depuis six heures, notre confrère trouva le col aminci sur les bords, mais dur et résistant; les parties molles étaient aussi contractées et sensibles à la pression. (Saignée du bras, poudre de Dover, fomentations vers les parties génitales externes.) Le travail se suspendit pendant six heures, et lorsque les douleurs reparurent, elles occupèrent les reins; elles étaient fréquentes et régulières, et néanmoins, après six heures de ces efforts, la dilatation ne dépassait pas un shelling et les parties molles continuaient à être rigides. Impossible d'employer le seigle ergoté. M. Young pensa, par analogie, qu'en exerçant par l'intermédiaire du rectum une stimulation locale sur l'utérus, à l'aide du tartre stibié porté dans la partie inférieure de l'intestin, il obtiendrait peut-être un relâchement des parties molles et du col utérin : 5 centigrammes de tartre stibié donnés dans 180 grammes d'eau tiède savonneuse furent portés dans le rectum, et la malade garda le lavement sans difficulté Une heure après, il y avait déjà une grande amélioration dans la rigidité du col utérin; le vagin était ramolli et fournissait des mucosités en abondance. Le col devint plus épais et plus mou sur les bords; les parties externes commencèrent à se relâcher et à se dilater. Vingt minutes après, l'accouchement était terminé.

Encouragé par ce résultat, dit M. Young, je résolus de vérifier cette action du tartre stibié, et pour cela je fis choix de femmes primipares et particulièrement de femmes robustes et pléthoriques, chez lesquelles on devait s'attendre à plus de difficultés que chez les autres. Dans huit cas, dans lesquels les douleurs étaient faibles et les parties molles rigides, ces lavements furent très-utiles, en précipitant les douleurs, en relâchant les parties molles et par conséquent en raccourcissant le travail, en épargnant à la femme beaucoup de souffrances. On peut en faire usage sans aucune crainte, ajoute M. Young, dans les premières périodes du travail, bien que l'orifice du col soit très-mince sur les bords et les parties molles contractées et résistantes. Chez les multipares, lorsque les parties sont dans leur état normal, si le col de l'utérus se dilate lentement et si les douleurs sont faibles, ces lavements leur donnent de l'activité et diminuent la longueur du travail. Je n'ai vu aucun accident résulter de l'emploi de ce moyen, ni hémorrhagie, ni vomissement, ni prostration

exagérée. (*Edimb. med. Journal*, janvier.)

Anévrysme artérioso-veineux *du pli du coude; guérison par la compression permanente de la tumeur*. On ne tient peut-être pas assez compte des bons résultats qu'on pourrait attendre de la compression pratiquée sur la tumeur, même dans le cas d'anévrysme artérioso-veineux. Le fait suivant est cependant bien propre à faire revenir les chirurgiens de la répulsion qu'ils ont contre un pareil moyen: Un homme de quarante ans avait vu survenir, à la suite d'une saignée pratiquée au pli du bras gauche, une tumeur du volume d'une aveline, indolente, pulsatile, et diminuant par la pression. Cet homme entra à l'hôpital San-José pour se soumettre à l'opération, qu'on lui avait dit être nécessaire. A son entrée, le 30 août, M. le docteur Arantes constata au pli du coude une tumeur du volume d'un œuf de poule, située sur le trajet de l'artère brachiale et due évidemment à la dilatation de la veine médiane basilique. Les tégumens étaient violacés à son niveau, et dans leur partie la plus saillante on trouvait une petite cicatrice. La tumeur était compressible, animée de pulsations isochrones à celles du pouls; frémissement vibratoire et bruit de souffle continu, augmentant d'intensité au moment de la systole ventriculaire. Le pouls veineux et le bruit de souffle se percevaient au pourtour de la tumeur, aussi bien du côté du cœur que du côté des capillaires, mais dans une médiocre étendue. La compression de l'artère brachiale abattait la tumeur, faisait disparaître les pulsations; le résultat était entièrement opposé si l'on comprimait entre la tumeur et les capillaires. Douleur dans l'avant-bras et la main gauche, qui était engourdie. Avant d'en venir à d'autres moyens, M. Arantes crut devoir essayer la compression; il appliqua un tampon très-épais, trempé dans de l'eau fraîche, et une compression méthodique fut appliquée depuis la main jusqu'à la partie supérieure du bras Dix jours après, les battements et l'anévrysme avaient cessé entièrement, de même que le frémissement et le bruit de souffle. L'artère brachiale battait dans toute son étendue, excepté dans la partie correspondant à la tumeur. On sentait également les pulsations des artères radiale et cubitale. La compression fut continuée, la tumeur diminua progressivement, et le malade quittait l'hôpital le 24 octobre. La tumeur anévrysmale, indolente et dure, sans bruit ni pulsations, avait à peine le huitième du volume qu'elle offrait lors de l'entrée du malade. On lui recommanda de porter encore pendant quelque temps une ligature autour du bras et d'éviter de faire des efforts avec le membre malade. (*Gaz. med. de Lisboa*, janvier.)

Fièvre puerpérale (*Traitement de la*) *par l'opium à haute dose*. Nous conservons à ce mémoire le titre que l'auteur, M. Clark, de New-York, lui a donné, bien qu'à proprement parler les effets les plus remarquables et pour ainsi dire merveilleux, observés par lui, se rapportent plus particulièrement à la péritonite. Voici d'ailleurs les conclusions de ce travail:

« 1° Lorsque la péritonite, dit M. Clark, forme l'élément prédominant de la fièvre puerpérale, le traitement par l'opium à haute dose est plus avantageux que tous ceux qui ont été proposés jusqu'ici. 2° Pour être efficace, ce traitement doit être commencé de bonne heure, et la malade doit être placée sous son influence aussi rapidement que le permet la susceptibilité de l'économie. 3° La quantité d'opium nécessaire pour arriver au degré de narcotisme désirable et sans danger varie considérablement, suivant les cas, de sorte qu'il faut commencer par des doses qui ne fassent pas de mal et augmenter toutes les deux heures, jusqu'à ce que l'influence de l'opium soit suffisamment établie. 4° Toute dose, au moins pendant la période d'épreuve, doit être administrée par le médecin lui-même ou par quelque personne connaissant les effets de l'opium et suffisamment soigneuse et prudente. Les jeunes médecins sont souvent trop hardis et peuvent mettre en danger la vie de leurs malades; d'autres sont trop timides et ne savent pas arrêter la maladie. 5° Le traitement par l'opium seul ne guérit pas la fièvre puerpérale, lorsque son principal élément est la métrite purulente, bien qu'il y ait tout lieu de croire qu'elle peut contrôler et même prévenir la péritonite, qui l'accompagne généralement. 6° La tolérance pour l'opium, dans quelques cas de péritonite puerpérale, dépasse toute croyance. Cependant, dans la pratique particulière, je n'ai été que rarement au delà de 1/2 à 2/3 de grain de sulfate de morphine toutes les deux heures, et j'ai générale-

ment commencé par moins, excepté pour la première dose. 7° L'influence de l'opium doit être continuée jusqu'à la cessation de la douleur et de la sensibilité, jusqu'à ce que la tympanite ait diminué à un certain degré et que le pouls soit tombé au-dessous de cent pulsations ; alors, si les autres symptômes se modifient, il faut diminuer graduellement. »

L'une des conclusions de ce mémoire fait allusion à la tolérance extrême de l'économie pour l'opium dans ces circonstances. Qu'on en juge : dans la septième observation, la malade prend, à dix heures du matin, le 22 décembre, 2 grains d'opium, et l'on répète la même dose à midi. A deux heures, pas de changement dans les symptômes, la dose est portée à 4 grains. A trois heures, 4 grains ; à cinq heures, 5 grains ; à six heures, 8 grains ; à huit heures, 10 grains ; à neuf heures, 12 grains ; à onze heures, solution de morphine, 6 gram. ; à minuit, 4 gram. ; à une heure et demie du matin, la respiration est tombée à six par minute, 0. A six heures du matin, douze respirations, 12 grains d'opium ; à dix heures, 4 grammes de la solution ; à midi, 12 gr. à une heure et demie, 8 grammes de la solution. Même dose à deux heures et demie. A trois heures et demie, 24 grains ; c'est la plus forte dose, et on commence à descendre. Bref, dans les vingt-six premières heures de son traitement, la malade a pris, y compris la solution de morphine, 106 grains d'opium. Le deuxième jour, 472 grains ; le troisième jour, 236 grains ; le quatrième jour, 120 grains ; le cinquième jour, 54 grains ; le sixième jour, 22 grains ; le septième jour, 8 grains, après que le traitement a été suspendu. De pareilles doses font frémir, ajoute M. Clark, et en les faisant connaître, il est bien entendu que nous ne saurions les approuver. Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a d'important à savoir dans l'administration de l'opium à haute dose, c'est qu'il faut éviter d'aller jusqu'à un grand abaissement du nombre des respirations : si elles tombent à douze par minute, si elles sont très-irrégulières et comme suspirieuses, il faut s'arrêter. Ce qu'il y a de curieux encore dans ce traitement, c'est la difficulté avec laquelle on arrive au narcolisme. Le sommeil est rarement profond, quoique la pupille soit très-contractée, la peau couverte d'une transpiration très-abondante ; s'il est profond et qu'on ait de la peine à réveiller la malade, il faut suspendro l'opium pour quelque temps. En revanche, la sensibilité de l'abdomen est l'un des principaux criterium à consulter, et tant qu'elle existe, les opiacés sont indiqués, bien entendu dans les limites de l'innocuité. — Nous avons tenu à faire connaître les résultats remarquables d'une pratique qui nous paraît éminemment rationnelle, à part les exagérations dans lesquelles son auteur s'est laissé entraîner. Il n'est pas douteux que dans la péritonite, les médecins français apportent trop de timidité dans l'emploi de l'opium, et qu'ils sauveraient beaucoup de leurs malades s'ils ne craignaient pas d'aller, comme Graves, à 8, 12 et même 20 et 24 grains d'opium en vingt-quatre heures, dans les cas graves de ce genre : ce qui ne veut pas dire que nous condamnions les émissions sanguines et les larges vésicatoires sur l'abdomen ; mais ces moyens ne contre-indiquent pas les opiacés et peuvent être au contraire administrés parallèlement. (*New-York Journ. of med.*, 1855.)

Fracture de jambe (*Rétraction du tendon d'Achille, consécutive à une*) ; *ténotomie* ; *guérison*. Le fait suivant mérite de trouver place à côté des faits analogues que nous avons empruntés à la pratique d'un chirurgien anglais, M. Morgan. Au mois d'août dernier, un sous officier au régiment des zouaves entra à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, avec une fracture des deux os de la jambe droite, suite d'un coup de feu, fracture comminutive qui s'était vicieusement consolidée, et dont la rétraction du tendon d'Achille avait contribué encore à rendre la consolidation plus vicieuse. A la partie moyenne de la jambe se remarquait un angle considérable formé par les deux fragments du tibia qui faisaient saillie sous la peau tendue, et au sommet de cette saillie une plaie qui se cicatrisa à l'aide du repos et des émollients. La fracture du péroné était également consolidée et présentait un renflement sensible, occasionné par un cal volumineux. Les muscles étaient atrophiés, et la jambe, dans son ensemble, était réduite au tiers de son volume normal. Quant au pied, il était étendu fortement sur la jambe et dans une légère adduction, de telle façon que la marche était complétement impossible ou bien qu'elle s'effectuait sur l'extrémité des orteils fortement rétractés ; en un mot, le pied présentait le type du pied-bot dit équin. La mensuration

de la jambe faisait constater un raccourcissement de 4 centimètres.

Atteint à la bataille de l'Alma de deux coups de feu à la jambe droite, dont l'un, à la partie supérieure et externe, ne détermina que de légers désordres dans les parties molles, tandis que l'autre frappa le tibia vers son tiers moyen, fracassa cet os, et la balle, pénétrant plus profondément dans les chairs, fractura le péroné à sa partie inférieure et alla ensuite se loger au côté externe de la jambe, derrière le tendon d'Achille. Pendant vingt jours, le membre malade fut abandonné à lui-même, et lorsque le malade fut transporté à Constantinople, déjà il y avait une rétraction du pied, et malgré un appareil à extension continue, le fragment inférieur du fémur n'en continua pas moins à basculer en avant et à faire saillie sous la peau. Une inflammation assez vive survenue autour du tendon d'Achille et causée par une esquille contribua à maintenir le membre dans cette position vicieuse. Plus tard, le voyage de Constantinople en France aggrava encore son état, et à son passage à Paris, ce jeune homme avait reçu de plusieurs chirurgiens le conseil de se soumettre à l'amputation.

Néanmoins M. Uytterhoeven, ayant cru reconnaître que la plupart des difformités étaient dues à une rétraction musculaire, et que celle-ci vaincue, le redressement des parties en serait probablement la conséquence, procéda à la division du tendon d'Achille et fit suivre cette section sous-cutanée de l'application de l'appareil pour le pied-bot équin, inventé par Stromeyer, modifié par M. Van Hoeter ; il le laissa en place pendant un mois, diminuant chaque jour le degré d'inclinaison de la planchette plantaire de manière à rendre graduellement au pied sa flexion normale. En même temps, on appliqua sur la saillie formée par les fragments un coussin surmonté d'une attelle en dos d'âne, formée à l'aide d'une lanière de boucles dont on augmenta tous les jours le degré de constriction. Lorsqu'on supposa que la réunion s'était opérée entre les bouts coupés des tendons, on ôta tous les matins l'appareil et on imprima au pied, dans tous les sens, des mouvements qui, d'abord très-limités, finirent bientôt par être aussi étendus que ceux du côté opposé. Immédiatement après, le malade prenait un bain alcalin prolongé, suivi de la réapplication de l'appareil. Ce traitement fut continué pendant deux mois. Les fragments osseux n'étant plus sous la puissance d'une rétraction musculaire énergique, la difformité qui en était l'effet a disparu à l'aide d'une pression forte et graduée ; par suite la jambe a presque repris sa longueur normale. Le raccourcissement n'est plus que de 1 centimètre ; la marche s'effectue sans claudication apparente ; le gros orteil seul reste encore fortement fléchi ; mais la marche lui rendra probablement bientôt sa position naturelle. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier.)

Hernie *inguinale étranglée* ; *gangrène de l'intestin* ; *anus contre nature* ; *guérison spontanée*. Il est bon de mettre de temps en temps sous les yeux des médecins des faits propres à montrer toute la puissance des effets de la nature ; c'est le meilleur moyen de couper court à des tentatives trop hasardeuses ; c'est également le moyen de réduire les opérations aux limites rigoureuses de l'indispensable. Un palefrenier, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 28 juillet pour un étranglement herniaire gauche survenu dans la soirée du 24. Tumeur volumineuse, rouge, sonore, douloureuse au toucher, avec un commencement d'œdème à la partie déclive. Dès le 24, le malade avait vomi des matières bilieuses. Le lendemain, les matières vomies exhalaient une odeur fétide. Pouls faible ; face altérée ; la veille, il avait eu des frissons. Quelques heures après, M. Bleynie procédait à l'opération ; mais à peine la peau fut-elle divisée dans toute son épaisseur qu'il s'exhala de la plaie l'odeur caractéristique de la gangrène. L'ouverture du sac donna issue à des gaz fétides et à une certaine quantité d'un liquide noirâtre ; le sac contenait une masse épiploïque et au-dessous d'elle une anse entière d'intestin grêle, tous deux frappés de gangrène. M. Bleynie se contenta d'appliquer une ligature sur la partie herniée de l'épiploon, qu'il détacha avec le bistouri. Il ne toucha ni à l'intestin ni à l'anneau. Pansement à plat avec un linge fenêtré enduit de cérat et un gâteau de charpie, le tout contenu par un bandage triangulaire. Pendant les premières vingt-quatre heures, le malade fut très-mal ; les vomissements persistaient ; facies et pouls mauvais ; pas d'évacuation par l'anus ni par la plaie ; mais le deuxième jour, les matières bilieuses s'échappèrent en abondance par la plaie ; cessation des vo-

missements; meilleur état. Les jours suivants, jusqu'au onzième, les matières alimentaires digérées passaient toutes par la plaie; absence de selles. Pendant ce temps, la portion gangrénée de l'intestin s'était détachée; l'excoriation de la peau du pourtour de la plaie, produite par le contact des matières fécales, avait cédé à l'application du collodion; les bouillons et potages étaient bien digérés. Le douzième jour, le malade eut pour la première fois une selle de matières compactes par l'anus naturel; la plaie ne fournissait plus qu'un liquide jaunâtre. Les jours suivants, les selles continuèrent à se faire par la voie naturelle; il ne passait plus rien par la plaie. L'anus contre nature était guéri. — Nous ne conclurons pas cependant de cette observation que dans les cas de ce genre on doive suivre toujours cette conduite et compter toujours sur un résultat aussi favorable. Il peut y avoir en effet, au niveau du collet du sac, un étranglement suivi de gangrène dans ce point, et si on ne vérifie pas avec soin l'état de l'intestin, en débridant le collet du sac ou l'anneau, et en retirant à soi l'intestin, il peut se faire un épanchement de matières fécales dans l'abdomen, suivi de mort en très-peu de temps. Une pareille conduite peut cependant avoir des avantages lorsque le collet du sac ne paraît pas gangréné; mais encore, dans ces circonstances, faut-il que le rétablissement du cours des matières s'opère rapidement par la plaie; sans quoi, il faudrait s'occuper de lui ouvrir un libre passage dans cette direction. (*Bull. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, 1855.)

Hydrocèle. *Sa guérison tardive chez les vieillards après l'injection iodée.* L'âge exerce une influence marquée sur la marche des traitements, et le praticien doit connaître ces particularités, afin de pouvoir en prévenir les malades et de ne pas être tenté d'intervenir hâtivement. Ainsi, après l'injection iodique, la résorption commence chez l'adulte environ le dixième jour et se termine le vingtième; mais lorsque l'opéré est d'un âge avancé, il pourra en être autrement. L'inflammation disparaît, mais la tuméfaction persiste quelquefois plus de deux mois sans modification apparente, puis tout à coup cette tuméfaction disparaît et la guérison a lieu. Le fait suivant en est un exemple. Un homme de soixante-huit ans entre dans le service de M. Nélaton pour être débarrassé de son hydrocèle. L'opération est pratiquée à l'aide d'un mélange d'une partie de teinture d'iode et de deux parties d'eau distillée. L'injection est suivie de réaction inflammatoire; du liquide se reproduit, et un mois après la tumeur n'avait pas subi la moindre diminution de volume; elle était translucide comme avant l'opération, ne présentant plus aucun signe d'inflammation. Instruit par les faits qu'il avait observés sur les vieillards de Bicêtre de ne pas désespérer pour cela du succès, M. Nélaton ne craignit pas d'annoncer aux élèves que la récidive n'était qu'apparente et que dans dix, vingt jours, un mois peut-être, la résorption se ferait tout à coup. En effet, six semaines après l'opération, l'absorption a commencé à s'effectuer et elle a été très rapide, sans qu'on l'ait hâtée par aucun moyen auxiliaire. A quel signe le chirurgien peut-il reconnaître que la guérison se fera? Il suffit qu'il ait constaté des phénomènes de réaction après l'opération pour qu'il doive compter sur la guérison, alors même que deux ou trois mois s'écouleraient sans changement de volume de la tumeur. Ces faits ne sont pas, on le voit, dénués d'importance pratique. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, février.)

Myosite (*De l'utilité des préparations mercurielles et des vésicatoires dans la*). La question de l'inflammation des muscles est une de celles dont la discussion laisse encore indécises les opinions des anatomo-pathologistes. Cette inflammation, quelque rare qu'elle soit d'ailleurs, ne saurait cependant être contestée : elle est caractérisée en effet par des symptômes qui en forment un genre distinct. Ainsi, il se montre d'abord au niveau d'un muscle ou d'une masse musculaire une douleur sourde, qui devient de plus en plus intense à mesure que la région se tuméfie. L'intensité de la douleur croît lentement; elle est d'abord vague, comme dans le rhumatisme musculaire, mais la pression l'augmente et permet de la délimiter. On trouve dès lors qu'elle occupe la portion charnue d'un muscle, soit en totalité, soit en partie seulement; elle y persiste d'une manière fixe et ne se déplace pas en passant d'une région à une autre, si ce n'est qu'elle atteint les muscles dont la masse charnue passe sur une articulation. La chaleur

locale est en général augmentée d'une manière peu considérable ; elle augmente plus tard par le fait de la suppuration, et peut devenir assez intense pour amener de l'insomnie. Mais le phénomène le plus constant de cette inflammation, c'est le gonflement qui existe au niveau de la partie charnue des muscles, gonflement dur, rénitent, comme ligneux, sans empâtement ni fluctuation ; outre ce gonflement, il en survient un autre, secondaire, indolent et extérieur, à la gaîne musculaire, caractérisé en outre par de l'empâtement et conservant sur la peau l'empreinte du doigt qui le comprime. Les fonctions du muscle frappé d'inflammation sont abolies; les fibres sont contractées, et toute tentative d'incitation devient une cause de douleur; de là la roideur des membres, de là une espèce de paralysie passagère, de là une gêne dans la circulation des vaisseaux capillaires et les phénomènes qui en découlent. Mais quel traitement opposer à cette maladie ? Il résulte des faits rapportés par M. Schnepf que les émissions sanguines ne jouissent que d'une efficacité médiocre : tantôt elles n'ont amené aucune espèce de soulagement; tantôt elles ont modéré les phénomènes inflammatoires généraux ou locaux; mais elles n'ont jamais empêché l'exsudation consécutive de se faire, et par suite le gonflement de la partie malade d'augmenter de plus en plus. Les frictions mercurielles faites également au début de la phlegmasie musculaire n'amènent aucun soulagement; en revanche, ces préparations exercent une action résolutive puissante à la suite des premiers moyens, et cette action devient sensible aussitôt qu'une des fonctions de l'économie est troublée, exagérée ou stimulée. Mais de tous les moyens, le plus efficace, c'est le vésicatoire volant, qui empêche surtout la phlegmasie de se propager au tissu cellulaire sous-cutané et aux téguments; des suppurations imminentes sont arrêtées par ce dernier moyen, et les frictions mercurielles étant reprises ensuite, les muscles recouvrent leurs fonctions normales en quelques jours. (*Moniteur des hôp.*, février.)

Névralgie sciatique *rebelle, guérie par les frictions d'eau froide.* Les médecins ne cherchent pas assez à emprunter à l'hydrothérapie certaines pratiques qui ne réclament ni appareil coûteux, ni grands préparatifs, et qui cependant pourraient rendre de si grands services. Nous citerons seulement les frictions avec une éponge trempée dans l'eau froide, le drap mouillé, les compresses froides, le bain de siége froid, etc , etc. Voici, par exemple, une névralgie sciatique qui durait depuis deux mois et demi, qui avait résisté à tous les moyens mis en usage en pareille circonstance, ventouses sèches, ventouses scarifiées, vésicatoires, frictions térébenthinacées, fumigations. Le malade, âgé de quarante-sept ans, l'avait contractée à la suite de l'exposition à l'humidité. La cautérisation de l'antitragus n'amena qu'une amélioration passagère enfin les douleurs allaient en augmentant, l'inappétence était complète, l'amaigrissement considérable, le tronc presque fléchi à angle droit sur le bassin; impossibilité de trouver une position ; nuits sans sommeil ; amaigrissement et diminution de température de tout le membre malade. Le 30 décembre, M. Collin se décida à faire des frictions froides sur tout le corps, en appuyant principalement sur le trajet du nerf sciatique, le malade étant placé debout dans un baquet vide, avec une forte éponge trempée dans l'eau froide. Amélioration immédiate. Les frictions furent continuées deux fois par jour. Le 31 décembre, le malade faisait quelques tours dans sa chambre, appuyé ou s'appuyant sur les meubles. Le 3 janvier, les douleurs étaient presque nulles. Les frictions furent continuées jusqu'au 25 janvier, avec quelques interruptions et sans autre inconvénient qu'un peu d'enrouement pendant quelques jours. Dès le 15 janvier, la guérison pouvait être considérée comme complète et elle ne s'est pas démentie depuis. (*Moniteur des hôp.*, février.)

Orchite (*Traitement de l'*) *par les applications de glace.* Le traitement de l'orchite par la glace nous paraît, comme à son auteur, M. Curling, répondre aux principales indications que présente la maladie ; soulagement rapide et très-marqué dans la douleur; compression régulière exercée par l'action tonique du froid sur le dartos; ménagement des forces du malade, auquel on épargne les évacuations sanguines. Mais à nos yeux, c'est surtout comme analgésique que les applications de glace nous paraissent pouvoir rendre des services. Dans le premier cas, rapporté par M. Curling, chez un jeune

homme de dix-huit ans, le gonflement, qui paraissait s'être produit à la suite d'un coup, s'accompagnait de beaucoup de douleur. Pendant six jours, sans aucune interruption, la glace fut continuée jour et nuit; le testicule était relevé par une espèce de suspensoir qui s'attachait autour de la taille, et une vessie pleine de glace était appliquée sur l'organe. On renouvelait la glace à mesure qu'elle fondait. Dès le soir même de l'application, la douleur et la sensibilité à la pression avaient beaucoup diminué. Grande amélioration le deuxième jour; le troisième, l'organe paraissait plus mou et revenait sur lui-même; le cinquième jour, il avait à peu près repris ses dimensions naturelles. Dans le deuxième cas, il s'agissait très-probablement d'une épididymite d'origine blennorrhagique, datant de la veille. Le testicule droit avait triplé de volume; mais une partie du gonflement paraissait du à la présence d'un liquide. Repos au lit, suspensoir et application d'une vessie de glace, comme chez le malade précédent, calme très-marqué dans la douleur et la sensibilité; on renonça à la glace le troisième jour, à cause de la sensation d'engourdissement et d'embarras qu'elle produisait. Deux jours après, le testicule était à peine plus gros que celui du côté sain. (*Med. Times and Gaz.*)

Spasme de la glotte *chez les enfants* (*Effets remarquables du musc dans le*). C'est un fait malheureusement trop bien établi que la gravité extrême du spasme de la glotte chez les enfants; la moitié au moins de ceux qui en sont atteints y succombe. Aussi serait-il bien désirable que l'expérience ultérieure vînt confirmer les résultats remarquables que M. Salathé dit avoir obtenus de l'administration du musc. Grâce à ce médicament, dit ce médecin, la guérison est la règle, la mort une exception, puisque, sur 24 malades, il n'a eu à regretter que deux cas de mort. De ces 24 enfants, il y en a eu 17 chez lesquels la maladie a été enrayée et guérie après quelques jours de traitement. Chez les 7 autres, l'emploi de ce médicament, quoique suivi d'une diminution notable, n'empêcha pas le retour de nouvelles crises, contre lesquelles il lutta avec des applications de sangsues, l'oxyde de zinc, l'assa fœtida, et le calomel à doses fractionnées. Pour donner une idée du mode d'administration suivi par M. Salathé, nous citerons quelques exemples :

L'observation deuxième est celle d'un enfant de deux ans atteint de spasme de la glotte depuis près d'un an, et qui avait par jour jusqu'à vingt et trente attaques, dont un bon nombre avec des convulsions généralisées. On prescrit 0,10 de musc, en seize paquets, dont quatre à prendre chaque jour. Au bout du quatrième jour, les accès étaient rares et faibles. La dose terminée, on en donne une autre, égale à deux paquets seulement par jour, et une guérison complète est le résultat de cette médication.

Un enfant de neuf mois, atteint depuis huit jours d'accès de suffocation qui en étaient venus à mettre sa vie en danger, et se répétaient jusqu'à six fois en douze heures, fut amené le 8 décembre à M. Salathé, qui, témoin d'un accès, reconnut le spasme glottique et fit la prescription suivante : musc, 0,05; potion gommeuse, 80 gr., à prendre par cuillerées à café d'heure en heure. Le 9 décembre, quatre accès faibles. Continuation du médicament. Du 9 au 10, plus d'accès. L'enfant prend le reste de la potion.

Nous avons tenu à rapporter ces deux faits, parce que la gravité incontestable du spasme de la glotte et l'insuccès assez fréquent du musc entre les mains des personnes qui en font usage nous donnent à penser, comme elles l'ont fait à M. Blache, qui a présenté un rapport sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, que l'auteur pourrait bien avoir eu affaire à toute autre chose qu'au spasme de la glotte. Il n'en est pas moins vrai que des faits du genre de ceux annoncés par un praticien aussi honorable que M. Salathé méritent d'être vérifiés au lit du malade. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux.*)

VARIETÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL. — ANESTHÉSIMÈTRE, NOUVEL APPAREIL POUR L'INHALATION DU CHLOROFORME.

La merveilleuse découverte des anesthésiques ne sera complète, suivant nous, qu'à partir du jour où l'on aura fixé la posologie de ces agents.

Jusque-là le chloroforme, surtout, inspirera la crainte de dangers, en menaçant toujours le chirurgien d'une grande responsabilité.

Pourquoi ne cherche-t-on pas sans cesse le dosage de cet agent chirurgical, comme celui des autres substances toxiques?

Est-ce que cette forme gazeuse sous laquelle il pénètre dans l'économie rendrait impossible sa pondération? Ou bien celle-ci serait-elle considérée comme superflue, à cause de la manifestation immédiate et instantanée des effets, qui seraient, dans tous les cas, un signal suffisant pour s'arrêter, c'est-à-dire pour suspendre la chloroformisation?

Dans une manœuvre où la vie est en jeu et qui renferme encore tant d'obscurités, il faut tout observer et tout craindre, car qui sait où peut mener la négligence d'un détail? Un bon guide serait nécessaire et vaudrait mieux, sans doute, que des avertissements symptomatiques, mais ce guide nous a manqué jusqu'à ce jour.

En général, on a rassemblé des éléments épars souvent infidèles et contradictoires; on a voulu puiser dans les divers cas de mort par le chloroforme des renseignements et des règles pour les éviter à l'avenir; mais de ces longues et laborieuses enquêtes, il n'est sorti, il faut bien l'avouer, que des conclusions négatives. En voici la preuve : on a dit : « Ni le mode d'emploi, ni la dose, ni la pureté du chloroforme, ni l'âge, ni le sexe, ni la constitution, ni l'idiosyncrasie des sujets, ne peuvent donner raison des accidents survenus...»

Ces conclusions accusent l'impuissance du moment, mais ne découragent pas ceux qui ont foi dans les acquisitions futures de la science. Avec le temps, il sera certainement donné de mieux connaître les causes funestes, et on saura les éviter. Indépendamment des notions plus exactes touchant les influences physiologiques ou pathologiques, nous supposons que les recherches suivies et comparées sur les différentes classes d'animaux, en se servant des mesures de précision, profiteront plus à l'homme que les observations recueillies accidentellement sur l'homme lui-même. Enfin, l'avenir confirmera, nous l'espérons, cette croyance raisonnable : que le chloroforme, ainsi que tous les agents pharmaceutique, est soumis à une loi de proportion.

Maintenant il faut prouver que les procédés d'application généralement suivis n'offrent pas à l'humanité les garanties qu'elle est en droit de réclamer.

Il règne deux préceptes diamétralement opposés. Le premier consiste à procéder discrètement et par fractions pour arriver avec lenteur jusqu'à l'anesthésie; le second, au contraire, prescrit, dès le commencement, l'emploi des hautes doses, afin d'aller rapidement au but. Ces principes seront jugés plus tard, et l'un des deux sera condamné. Quant à présent, ils peuvent également réussir ou faillir, attendu qu'en définitive on se sert des mêmes auxiliaires dangereux : l'éponge ou le cornet, etc.

Or, on verse sans mesure, arbitrairement, du chloroforme sur un corps poreux, et la vaporisation se fait plus ou moins promptement, suivant la température du lieu, l'épaisseur et la surface de l'éponge. Ces vapeurs, d'une intensité variable, sont assujetties ensuite : à l'agitation de l'atmosphère ambiante, aux courants d'air qui existent toujours; puis, l'absorption est naturellement subordonnée aux distances, et varie suivant la proximité ou l'éloignement de l'éponge par rapport aux organes inspirateurs et à la bonne ou mauvaise volonté du patient; enfin, au milieu de tant de choses incertaines, il ne reste qu'un point de sécurité : la sensation du pouls.

Un autre inconvénient de la méthode, bien qu'il soit secondaire, mérite d'être

noté. C'est qu'il faut user huit ou dix fois plus de chloroforme qu'il n'est rigoureusement utile et qu'on le répand dans toute la pièce où l'on opère, en exposant l'entourage à son influence.

Il suffira de tenir pour vraies les considérations précédentes pour approuver un procédé nouveau à l'aide duquel il sera désormais possible de mesurer, de volatiliser le chloroforme, et de mêler sa vapeur avec le volume d'air nécessaire à la fonction respiratoire; un appareil où il est facile de tout voir, de tout régulariser. et contrôler, avant, pendant et après l'expérience.

Avons-nous satisfait à tous ces *desiderata* en construisant l'anesthésimètre? Nous le croyons fermement aujourd'hui, après les expériences que nous avons faites dans les hôpitaux et en ville, sous les yeux des chirurgiens les plus distingués. En attendant le rapport d'une société compétente, la Société de chirurgie, nous en publions la description et le dessin, afin de le faire connaître et juger par tous les praticiens.

Description de l'appareil. — MM (fig. 1) bocal en verre où se forment les vapeurs de chloroforme mélangées d'air. M' couvercle en ébène doublé de liége à l'intérieur, fermant hermétiquement le bocal. M' pied d'ébène. RR' deux tiges métalliques à ressort, partant du pied de l'appareil et venant s'emboîter, au moyen d'un renflement, dans une moulure du couvercle.

A (fig. 1 et 2), réservoir ou sorte de vase à déplacement, portant des divisions dont chacune correspond à un gramme de chloroforme. A'' bouchon obturateur. C bouchon-robinet, percé transversalement. A' (fig. 2) douille tubulée ou extrémité inférieure du réservoir.

K (fig. 1, 3 et 4) petit flacon gradué dans lequel pénètrent : 1° la douille A'' du réservoir; 2° les plus courtes branches de deux siphons FF', dont l'intérieur est rempli de filaments de coton.

JJ' (fig. 1 et 7) deux tubes destinés à l'introduction de l'air extérieur dans l'appareil. Ces tubes s'élèvent latéralement au réservoir de cristal pour le protéger, pénètrent à l'intérieur du vase M et s'approchent très-près du plateau U.

I (fig. 1) tube aspirateur flexible, se vissant au couvercle et terminé par un embouchoir I'; à 6 centimètres de cet embouchoir existent deux soupapes Q, dont le jeu alternatif permet l'inhalation et l'exhalation *en dehors* de l'appareil.

U (fig. 1 et 5) plateau en métal, légèrement concave, sillonné de petites rainures circulaires et concentriques d'où s'élèvent les vapeurs de chloroforme : le centre U' est troué, afin de permettre l'écoulement dans le godet V du liquide non vaporisé.

V (fig. 1 et 6), godet en cristal, gradué et à pied de bois, supportant le plateau U, et destiné à recueillir l'excès du chloroforme.

D (fig. 1), régulateur faisant mouvoir horizontalement et verticalement les deux siphons : il se compose d'un axe YY (fig. 3), dont l'extrémité supérieure est vissée dans un écrou D' (fig. 1). La partie moyenne de l'axe passe au milieu d'un manchon de cuivre Z' (fig. 1), et son extrémité inférieure, après avoir traversé le couvercle, va s'engager dans un anneau de cuivre soudé à la face antérieure du petit vase K. Le manchon Z est fendu en Z' pour laisser passer une petite aiguille fixée sur l'axe à angle droit, ainsi qu'on le distingue en Y' (fig. 3). La course de l'aiguille est limitée par l'entaille Z'; elle s'arrête par conséquent aux deux extrémités numérotées 1 et 5. En partant du haut, cette petite échelle, 1, 2, 3, 4 et 5, gravée au bord de la fente, *marque les degrés de l'anesthésimètre.*

XX' (fig. 3) deux guides divergents entre lesquels sont enclavées les longues branches des siphons.

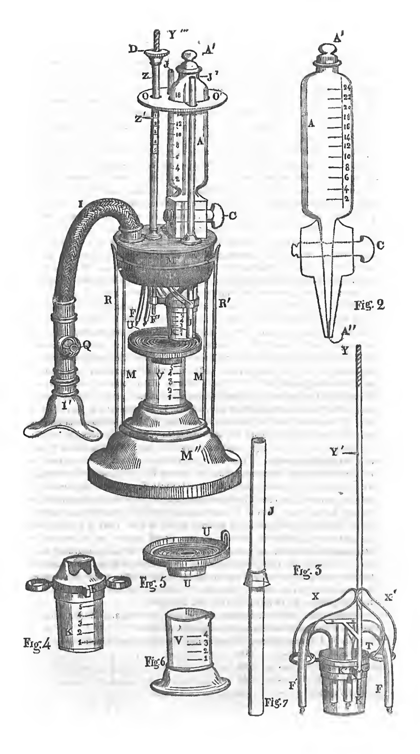


Fig. 2
Fig. 3
Fig. 4
Fig. 5
Fig. 6
Fig. 7

Fonctionnement de l'appareil.—L'anesthésimètre étant monté suivant le dessin nº 1 et son *robinet C fermé*, on introduit le liquide par l'orifice A du réservoir, dont on a soin de rajuster immédiatement le bouchon. Maintenant, supposons qu'on ait versé du chloroforme jusqu'à la seizième division, soit 16 grammes, et remarquons que la pression de l'air s'exerce intégralement dans l'intérieur du bocal MM', ainsi que dans le petit vase aux siphons K, grâce à la communication qui existe entre l'atmosphère et l'air intérieur par les tubes JJ'.—*Ouvrons le robinet C*, aussitôt quelques bulles d'air s'introduiront par le bas de la douille A' monteront, en traversant le liquide du réservoir, et immédiatement une quantité équivalente de chloroforme descendra dans le petit flacon K ; toutefois, l'écoulement du chloroforme s'arrêtera sitôt que son niveau dans K touchera l'extrémité A' de la douille, car alors la seule pression atmosphérique qui s'exerce à la surface du liquide de K soutiendra la colonne de chloroforme dans le vase supérieur A. Mais comme d'un autre côté, les petits siphons, intérieurement garnis de fils de coton, plongeant dans K, ont la propriété de s'amorcer par capillarité, le chloroforme montera dans ces tubes, en suivra le contour et viendra tomber *goutte à goutte* sur le plateau U, le niveau du liquide baissera momentanément dans le vase K, jusqu'à ce que l'extrémité de la douille A' soit découverte et laisse derechef entrer un peu d'air dans le réservoir : alors le niveau se rétablira sans cesse jusqu'à ce que tout le liquide du grand réservoir soit épuisé.

La disposition détaillée ci-dessus constitue, comme on le voit, un appareil dans lequel la distribution du chloroforme est régulière, successive, et se fait seulement *goutte à goutte*. Mais comme il était désirable, en outre, de pouvoir obtenir un *dosage* approprié aux différents âges et aux idiosyncrasies diverses des sujets, et que pour cela il fallait pouvoir *à volonté* augmenter ou diminuer le nombre des gouttes, et s'il était possible aussi, élargir ou restreindre proportionnellement la surface sur laquelle tombent ces mêmes gouttes (l'évaporation étant relative aux surfaces), nous avons ajouté le régulateur YX (fig. 3) et D (fig. 1). Pour concevoir le rôle de ce mécanisme, il suffira de constater que les longues branches des siphons FF' sont engagées entre deux guides XX' (fig. 3); que les parties coudées de ces siphons s'articulent avec le bras de levier T, lequel est attaché lui-même à l'axe Y (fig. 3). Conséquemment, si l'on tourne l'écrou D à gauche, on fait marcher l'axe du haut en bas, et les siphons, obéissant à ce mouvement, s'enfoncent davantage dans le flacon K, en même temps que leurs longues branches, en suivant la direction oblique des guides, s'écartent l'une de l'autre. Au contraire, l'écrou D étant tourné à droite, les branches se rapprochent, parce que l'axe ramène les siphons du bas en haut. Dans le premier cas, les gouttes de chloroforme tombent en plus grand nombre sur les cercles les plus éloignés du centre du plateau U, et, s'évaporant sur une plus grande surface, produisent une plus grande quantité de vapeurs ; dans le second cas, les branches étant très-voisines l'une de l'autre, et les gouttes moins nombreuses tombant très-près du centre, ayant peu de chemin à parcourir pour gagner le trou du plateau, ne forment que très-peu de vapeurs.

Les différents degrés de l'instrument indiqués par l'aiguille Z' (fig. 1) présentent à l'évaporation le nombre de gouttes suivant :

Le nº 1 donne environ 4 gouttes de chloroforme par minute.
Le nº 2 — 10 —
Le nº 3 — 25 —
Le nº 4 — 40 —
Le nº 5 — 60 —

L'usage de l'anesthésimètre est soumis aux simples règles qui suivent :

1° Avant l'expérience, noter le poids du chloroforme versé dans le réservoir.

2° Appliquer un pince-nez, afin que le patient respire seulement par la bouche.

3° En commençant, tourner l'écrou D de manière à ramener l'aiguille Z au n° 1.

4° *Partant toujours du n° 1*, faire respirer deux ou trois minutes avant d'augmenter les gouttes de chloroforme ; passer progressivement et lentement d'un degré plus faible au degré plus élevé. En procédant de la sorte, on explore l'idiosyncrasie du malade et les phases de la chloroformisation se succèdent doucement et régulièrement jusqu'à l'anesthésie complète, sans produire la période d'intolérance, dite *de réaction*.

5° Pour entretenir l'anesthésie sans danger durant de longues opérations, il suffit de ramener l'aiguille au n° 1, et de continuer à faire inspirer par *intermittences rapprochées*.

6° A la fin de l'opération on ferme le robinet, et si l'on veut connaître la quantité de chloroforme employée, rien de plus facile : les trois vases A, R et V étant transparents, et gradués par grammes, on pourra voir par ce qui reste quel est le poids du chloroforme dépensé. (On compte pour 2 grammes le liquide qui est retenu par les mèches des siphons.) Enfin, on enlève le chloroforme tombé dans le godet, avant de recommencer une nouvelle application.

A l'aide de cet instrument, nous savons déjà que pour une opération de courte durée chez un adulte, 3 à 4 grammes de chloroforme suffisent, et lorsqu'il est nécessaire d'entretenir longtemps l'anesthésie, il en faut tout au plus 5 à 6 grammes.

En terminant, il est opportun de rappeler que le chloroforme agit en raison de l'intensité des vapeurs inhalées *dans un temps donné*. Son action est instantanée; telle dose qui serait supportée sans danger dans l'espace de dix minutes, par exemple, deviendrait funeste si elle pénétrait tout à coup dans l'organisme. L'élimination de ces vapeurs ayant lieu sans cesse et très-rapidement par la voie pulmonaire, on s'explique pourquoi plusieurs doses de chloroforme peuvent être successivement administrées sans craindre leur accumulation dans l'économie. Mais la connaissance du temps nécessaire à cette élimination est d'une grande utilité pratique. Sachant que chez tous les animaux sacrifiés au moyen du chloroforme les mouvements respiratoires ont cessé avant les contractions du cœur, ce dernier étant *l'ultimatum moriens*, il serait plus nécessaire de noter la respiration que le pouls, ainsi les soupapes de l'instrument que nous proposons, ayant un jeu très-sensible, indiqueront très-bien l'état de cette importante fonction. DUROY, pharmacien à Paris.

M. Jobert de Lamballe a été élu membre de l'Académie des sciences, section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Magendie. Ce nouveau succès du célèbre chirurgien vient couronner une vie utilement et laborieusement remplie.

M. Wurtz, professeur de chimie médicale à la Faculté, vient d'être nommé dans la section de chimie et physique médicales de l'Académie de médecine. C'est une heureuse acquisition que fait la savante compagnie.

Le concours pour deux places vacantes de médecins du Bureau central des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Charcot et Empis.

Les médecins des quatre armées alliées présents dans la capitale de l'empire ottoman, réunis aux médecins turcs, viennent de fonder une société de médecine. La présidence en a été confiée à M. Baudens. Le sultan doit, assure-t-on, convertir cette société en académie et la prendre sous son patronage. Les premières séances ont été consacrées à l'étude du typhus des armées, et la discussion aura démontré l'erreur des journaux anglais, qui n'ont pas craint d'attribuer à la négligence de l'administration de l'armée française de Crimée la part beaucoup plus large que nos soldats payent à cette épidémie.

Si notre armée est plus éprouvée, les circonstances l'expliquent; elle est campée autour de Sébastopol, sur le théâtre même de la lutte. Ce terrain, qui a servi de tombe à tant de victimes, est loin d'offrir les conditions de salubrité que l'armée anglaise trouve à Balaclava. Les évacuations considérables qui sont faites sur Constantinople, et l'établissement autour de cette ville de nouvelles baraques ambulantes, spacieuses et bien aérées, jointes aux autres mesures, ont amélioré largement l'état sanitaire.

Le corps médical a payé une ample part à cette épidémie. Quarante-cinq officiers de santé de notre armée ont déjà succombé. Espérons que le retour de la belle saison ne va pas tarder à mettre un terme à ces pertes regrettables.

La Société de médecine de Bordeaux avait proposé un prix de la valeur de 300 francs sur la question suivante : *Rechercher quelles sont les différences qui existent entre l'infection purulente et la diathèse purulente; faire l'histoire de cette dernière.* Elle a décerné : 1° une médaille de la valeur de 100 francs et le titre de membre correspondant à M. le docteur Bastien, médecin au Vigan (Gard); 2° une mention honorable à M. le docteur Rouland, médecin à Caen.

La Société rappelle la question qu'elle a proposée pour 1856 : *Déterminer, par des expériences faites sur les animaux et par l'observation clinique, la valeur respective de l'électricité et des agents chimiques, considérés comme hémostatiques dans les maladies dites chirurgicales.* Prix : 300 francs.

Enfin elle propose pour 1857 la question suivante : *Etudier les circonstances diverses qui favorisent l'infection purulente à la suite des plaies et des opérations chirurgicales; rechercher les moyens d'en prévenir le développement; en indiquer le traitement.*

Pour les mémoires manuscrits, la Société a décerné 1° une médaille d'argent grand module à M. le docteur Thore, médecin à Sceaux (Seine); 2° une mention honorable à M. le docteur J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux.

On assure que l'empereur Alexandre a signé un ukase qui établit à Varsovie une académie de médecine. On a choisi pour recteur le docteur Mianowski, qui a professé à Vilna les sciences médicales.

L'Université d'Athènes compte 658 étudiants. Sur ce nombre, 25 étudient la théologie, 253 la jurisprudence, 275 la médecine, 75 la philosophie et 30 la pharmacie. En 1855, la Faculté de droit a reçu 4 docteurs, celle de médecine 19, et celle de philosophie 2.

Le sixième prix triennal de 300 liv. st. (7,500 fr.), fondé par Astley Cooper, sera décerné à l'auteur du meilleur essai ou traité *sur la structure et les fonctions du corps thyroïde.* Les mémoires écrits en anglais, ou s'ils sont écrits dans une autre langue, accompagnés d'une traduction anglaise, devront être envoyés avant le 1er janvier 1859, à l'adresse des médecins et des chirurgiens de l'hôpital de Guy, audit hôpital à Londres.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Observations sur l'emploi du chlorate de potasse, dans le traitement de la stomatite mercurielle et de la stomatite ulcéro-membraneuse.

Par M. le docteur Mazade (d'Anduze).

Le chlorate de potasse était à peine découvert qu'il devint, de la part des iatrochimistes, l'objet de plusieurs essais thérapeutiques inspirés par des vues simplement théoriques, et qui n'aboutirent qu'à des résultats au moins infructueux. A une époque plus récente, d'autres essais plus heureux furent tentés par Sayles, Hunt, etc., et dans le traitement de l'ulcère gangréneux de la bouche.

Malgré la différence de jugement qui devait présider à leur appréciation, ces diverses applications du chlorate de potasse seraient probablement restées confondues dans un oubli commun, si M. le docteur Herpin, de Genève, n'était venu rendre à cette médication le rang qu'elle méritait d'occuper, en annonçant son utilité dans la stomatite mercurielle, et en appelant de nouvelles et de plus amples expérimentations sur son emploi.

M. le docteur Blache a répondu le premier à cet appel. Dans son service à l'hôpital des Enfants malades, il a constaté l'efficacité du chlorate de potasse, non-seulement dans la stomatite hydrargyrique, mais encore dans la gangrène de la bouche, dans l'angine couenneuse et dans la stomatite ulcéro-membraneuse.

Des faits observés par M. le docteur Barthez ont également démontré l'action curative de ce mode de traitement, quoique employé à des doses peu élevées, dans la stomatite ulcéro-membraneuse des enfants.

M. le docteur Demarquay a obtenu dans la stomatite mercurielle des adultes des résultats aussi heureux que ceux qu'avait donnés l'administration du sel potassique, dans la même maladie observée chez les enfants.

Il est peu de médications, on le voit, qui aient subi, comme l'emploi du chlorate de potasse, des épreuves dirigées par des observateurs aussi éminents, et placés sur un champ d'observation aussi avantageux.

Encouragé par les résultats de ces expérimentations, qui étaient autant de témoignages en faveur de cette méthode de traitement, nous avons employé déjà un grand nombre de fois et avec succès le chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite mercurielle et de la stomatite ulcéro-membraneuse. Parmi les observations que

nous avons recueillies, nous rapporterons dans ce travail celles qui nous ont paru mettre le plus en relief l'intervention heureuse de ce médicament.

Obs. I. *Ulcère syphilitique ; pilules de Sédillot ; stomatite mercurielle datant de douze jours ; chlorate de potasse (4 grammes par jour) ; guérison le septième jour.* — Un jeune homme de dix-neuf ans, d'une forte constitution, était atteint d'un ulcère syphilitique qui siégeait à la base et au côté droit du gland ; il prit pour traitement des pilules de Sédillot. Le huitième jour de l'emploi de cette médication, il éprouvait de la chaleur, de la douleur dans la bouche, du gonflement aux gencives. Cependant il continua le traitement qu'il avait entrepris, persuadé qu'une influence prolongée du mercure sur l'appareil salivaire était un moyen plus assuré de guérison.

Le 8 août 1855, douzième jour de la manifestation des premiers signes de l'action mercurielle sur la muqueuse de la bouche, il suspendit l'usage des pilules de Sédillot, et il me fit appeler. L'ulcère du gland était complétement cicatrisé, mais les symptômes d'une stomatite intense existaient. Les gencives étaient tuméfiées, douloureuses, ramollies, recouvertes d'un enduit grisâtre épais, et ulcérées vers la sertissure des dents. Les dents étaient noirâtres et ébranlées ; la langue, plus volumineuse et revêtue d'une couche pultacée, portait sur ses bords l'impression des dents. Une salive abondante était sécrétée ; la déglutition était gênée, l'haleine fétide, les glandes salivaires engorgées. — Gargarismes émollients ; 4 grammes de chlorate de potasse dans un julep gommeux, à prendre en deux fois.

Dès le surlendemain la tuméfaction des gencives et celle de la langue avaient diminué. (Même prescription.)

Le quatrième jour, la salivation était moins abondante, les gencives, moins gonflées et plus fermes, étaient dépouillées de toute exsudation plastique, l'haleine avait moins de fétidité. (Même prescription.)

Le cinquième jour, la déglutition n'était nullement gênée. Les gencives avaient un aspect rosé, leurs ulcérations étaient cicatrisées ; la langue avait repris son volume normal. (Même prescription.)

Le sixième jour, il n'existait que les signes d'une stomatite simple ; il restait cependant encore un peu de salivation. (Même prescription.)

Le septième jour, la sécrétion salivaire n'était nullement augmentée ; on n'observait qu'une légère injection de la muqueuse buccale.

Quoique la guérison fût dès lors assurée, la dose du chlorate de

potasse, réduite à celle de 2 grammes, fut encore continuée pendant deux jours.

Obs. II. *Signes de péritonite puerpérale.—Traitement antiphlogistique. — Nulle modification. — Onctions mercurielles. — Calomel. — Guérison. — Stomatite mercurielle le cinquième jour. — Chlorate de potasse (4 grammes par jour), nuls effets. — (6 grammes de chlorate de potasse). Guérison le quatrième jour de l'augmentation des doses de ce médicament.*—Mme B..., âgée de trente-sept ans, douée d'une bonne constitution, accoucha d'un enfant à terme et bien constitué, le 12 septembre 1855.

Les premiers jours des couches furent exempts de tous accidents morbides. Le cinquième jour, Mme B. ayant pris des aliments en trop grande quantité, éprouva une indigestion, des coliques, des vomissements, du dévoiement. La nuit suivante elle fut prise d'un frisson intense, qui fut suivi d'un mouvement fébrile et de douleurs dans la région hypogastrique.

Le 17 septembre, il existait de la fièvre, une douleur aiguë dans l'hypogastre, des nausées, des vomissements. L'utérus était saillant au-dessus du pubis; l'écoulement lochial avait diminué, les seins s'étaient affaissés, l'abdomen s'était développé; il était sensible à la plus légère pression. (Saignée.)

Le 18, le ventre était ballonné, plus douloureux. Les vomissements étaient plus fréquents; le pouls accéléré, dur. La face, vultueuse, portait l'empreinte d'une vive anxiété. (Sangsues nombreuses.)

Le 19, la maladie s'était aggravée : le ballonnement de l'abdomen avait augmenté; la langue avait bruni; les vomissements s'étaient rapprochés; le hoquet se montrait fréquent; le pouls était petit, accéléré; la face grippée; la respiration gênée, anxieuse. (Onctions mercurielles, répétées toutes les trois heures sur les téguments de l'abdomen. 2 centigrammes de calomel toutes les deux heures.)

Les symptômes persévérèrent avec la même intensité le 20.

Le 21, le ballonnement du ventre a diminué; les lochies se rétablissent; la sécrétion lactée est plus abondante. L'expression faciale est meilleure; le pouls a plus d'ampleur et moins de fréquence.

Le 22, l'accélération progresse.

Le 24 (huitième jour de l'invasion de la maladie), la convalescence était établie; la médication mercurielle fut supprimée, mais son action spéciale sur la muqueuse de la bouche ne tarda pas à se déclarer. Le cinquième jour de sa manifestation, il y avait un gonflement considérable des gencives et de la langue. La muqueuse de

la bouche était tuméfiée; elle offrait sur plusieurs points de sa surface des plaques jaunâtres et de petites ulcérations. La sécrétion salivaire était abondante; les glandes salivaires avaient acquis plus de volume et plus de sensibilité. La déglutition était difficile.

4 grammes de chlorate de potasse dans un julep gommeux.

Le lendemain, nulle modification n'était survenue dans l'état de la bouche. (Même prescription.)

Le troisième jour, le ptyalisme a augmenté. Les gencives, plus engorgées, sont ramollies, saignantes, ulcérées. Les dents sont vacillantes; la muqueuse de la bouche est plus tuméfiée, ses altérations sont plus nombreuses et plus étendues; les joues sont gonflées; la déglutition est plus gênée. (La dose du chlorate de potasse est élevée à 6 grammes.)

Dès le lendemain au soir, une amélioration remarquable survient dans les symptômes. (Mêmes doses de chlorate de potasse.)

A dater de ce jour, l'amélioration ne se démentit plus jusqu'à la guérison, qui eut lieu le quatrième jour de l'augmentation des doses quotidiennes de chlorate de potasse.

Obs. III. *Hépatite traumatique. — Médication mercurielle. — Guérison. — Stomatite le troisième jour. — Chlorate de potasse. —Guérison le cinquième jour.* — H., âgé de dix-sept ans, d'une bonne constitution, fit une chute sur l'hypocondre droit. Deux jours après cet accident, il survint de la douleur dans la région du foie, de la fièvre, des vomissements.

Les signes d'une hépatite aiguë se caractérisèrent les jours suivants. Le quatrième jour de leur invasion (5 juillet 1855), je vis le malade. L'hypocondre droit était tuméfié et douloureux. Le foie débordait les fausses côtes. Les sclérotiques offraient une teinte ictérique prononcée. L'urine était rare et très-colorée. Il y avait un mouvement fébrile intense, des vomissements bilieux.

Le 6 et le 7 juillet, traitement antiphlogistique énergique. Le 8, l'état du malade avait empiré. Onctions mercurielles, calomel. Sous l'influence de cette médication, une amélioration rapide fut obtenue. Le cinquième jour de son emploi, le malade entrait en convalescence; mais la muqueuse de la bouche était rouge, douloureuse, les dents agacées, les gencives gonflées. Ces résultats de l'absorption du mercure augmentèrent rapidement d'intensité. Le troisième jour de leur manifestation, les gencives étaient tuméfiées, molles; elles offraient un bourrelet ulcéré près de la sertissure des dents. L'haleine était fétide, la sécrétion salivaire très-abondante. La muqueuse de la bouche était engorgée et recouverte d'une couche grisâtre épaisse;

les amygdales étaient rouges et plus volumineuses, la déglutition était difficile. Les ganglions sous-maxillaires étaient douloureux et plus saillants. Nuls signes du côté du foie. (4 grammes de chlorate de potasse.)

Le troisième jour de l'emploi de ce médicament, l'engorgement des gencives était moindre, leur ulcération était cicatrisée ; l'enduit grisâtre qui tapissait la muqueuse buccale avait disparu ; l'haleine n'avait plus de fétidité ; le ptyalisme avait diminué ; les amygdales étaient moins saillantes ; la déglutition était plus facile.

Le cinquième jour, il n'existait plus de traces de stomatite.

Obs. IV. *Ophthalmie aiguë. — Saignée. — Calomel. — Guérison. — Stomatite mercurielle le cinquième jour. — Chlorate de potasse. — Guérison le quatrième jour.* — Mme L., âgée de quarante-trois ans, d'un tempérament lymphatique, était atteinte d'une ophthalmie aiguë. Une saignée fut pratiquée ; 2 grammes de calomel furent prescrits à doses fractionnées. Le quatrième jour de ce traitement, la guérison de la phlegmasie oculaire avait été obtenue, mais des signes de stomatite commençaient à se manifester ; ils atteignirent bientôt un haut degré d'intensité. Le cinquième jour de leur invasion (17 novembre 1855), j'observai l'état suivant : engorgement considérable des gencives, qui étaient molles, saignantes au moindre attouchement, ulcérées près de la sertissure des dents. La muqueuse de la bouche et celle du pharynx étaient recouvertes d'un enduit grisâtre épais ; la déglutition était difficile, l'haleine fétide, les joues gonflées ; les ganglions sous-maxillaires plus volumineux et plus sensibles ; la sécrétion salivaire avait augmenté. (4 grammes de chlorate de potasse dans un julep gommeux.)

Dès le second jour de ce traitement, les gencives étaient moins tuméfiées, la déglutition moins pénible, la salivation moins abondante. (Même prescription.)

Le troisième jour, il ne restait qu'un peu de salivation et de gonflement des gencives, dont l'ulcération était cicatrisée. Les muqueuses buccale et pharyngienne s'étaient détergées.

Le quatrième jour, la salivation avait cessé. Les muqueuses de la bouche et du pharynx n'offraient plus qu'une simple rougeur. L'administration du chlorate de potasse fut suspendue et remplacée par des gargarismes émollients. La guérison était assurée.

Obs. V. *Stomatite ulcéro-membraneuse datant de quatorze jours. — 4 grammes de chlorate de potasse par jour. — Guérison le sixième jour.* — D., âgé de onze ans, d'une constitution scrofuleuse, pâle, sujet à de fréquentes ophthalmies, mal nourri et logeant dans

une habitation humide et mal aérée, se plaignait depuis quatorze jours de douleurs dans la bouche. Il salivait en parlant.

Le 25 mai 1855, je vis le malade; je constatai l'état suivant sur le tiers inférieur de la face interne de la joue droite et sur la partie correspondante des gencives, dans un espace limité, en avant par la canine et en arrière par la dernière molaire, existait une ulcération à fond grisâtre, de forme allongée et recouverte en grande partie par une pseudo-membrane déchirée sur les bords et adhérente à son centre. Les bords de cette ulcération étaient saillants et douloureux; la gencive était boursouflée, très-sensible et saignante à la moindre pression; la langue était gonflée; elle présentait sur plusieurs points de sa surface, et surtout sur son bord droit, une couche pseudo-membraneuses; l'haleine avait une odeur repoussante; une salive abondante s'écoulait de la bouche; la joue droite était gonflée; les ganglions sous-maxillaires du même côté étaient douloureux et plus développés; la muqueuse buccale était rouge. (4 grammes de chlorate de potasse; boissons toniques; alimentation substantielle.)

Le second jour de ce traitement, les bords de l'ulcération s'étaient affaissées; des fragments de la fausse membrane qui la recouvrait s'étaient détachés et laissaient à découvert une grande partie de la surface ulcérée. (Même prescription.)

Le troisième jour, l'ulcération est détergée; sa surface offre un bon aspect; elle est recouverte de granulations rouges; la gencive est moins saillante et moins douloureuse. (Même prescription).

Le quatrième jour, l'ulcération a perdu les deux tiers de son étendue; une pellicule mince la recouvre. L'haleine n'est plus fétide; la salivation est moins abondante; la langue a repris son volume normal.

Le cinquième jour, progrès de la cicatrisation, qui est complétement opérée le sixième jour de l'emploi du chlorate de potasse. Il n'y a pas eu de récidive.

Obs. VI. *Stomatite ulcéro-membraneuse datant de dix jours. — Chlorate de potasse.—Guérison le septième jour.*—N., âgé de douze ans, d'une constitution en apparence débile, quoiqu'il eût, jusqu'à ce jour, joui d'une bonne santé, fut atteint de rougeole. A la suite de cette fièvre éruptive qui fut peu intense et qui se développa d'une manière peu régulière, il éprouva de la douleur dans la bouche, de la salivation et de la difficulté dans la mastication. Il y avait dix jours que ces symptômes s'étaient déclarés, lorsque je fus appelé auprès du malade, le 7 août 1855. Sur le côté gauche de la face interne de la lèvre inférieure et sur la partie correspondante de la gencive, on observait une plaque pseudo-membraneuse, de l'étendue d'envi-

ron 3 centimètres, grisâtre, déchiquetée sur les bords, et qui recouvrait une ulcération à fond sanieux. Une autre ulcération, présentant le même aspect, mais de forme arrondie et de l'étendue d'une pièce de vingt-cinq centimes, siégeait au-dessous de la pointe de la langue; les bords de ces ulcérations formaient un bourrelet saillant. La langue offrait sur son bord gauche un liséré grisâtre, qui portait l'impression des dents. La muqueuse buccale présentait sur plusieurs points de sa surface de petites ulcérations recouvertes d'une exsudation plastique. La lèvre inférieure et la joue gauche étaient tuméfiées; la salivation était abondante et l'haleine excessivement fétide. (4 grammes de chlorate de potasse.)

Dès le lendemain, des signes d'amélioration se manifestèrent.

Le troisième jour, les petites ulcérations disséminées sur la surface de la muqueuse buccale n'existaient plus; les ulcérations de la lèvre et de la langue avaient un aspect meilleur et une moindre étendue. (Même prescription.)

Le quatrième jour, les ulcérations de la lèvre et de la langue étaient recouvertes de bourgeons charnus; la salivation avait diminué; l'haleine n'avait plus de fétidité.

Les jours suivants, l'amélioration fit des progrès rapides. Le septième jour du traitement il n'existait, pour tout signe de l'état pathologique de la bouche, qu'une injection plus prononcée sur les parties de la muqueuse qui avaient été occupées par des ulcérations. La guérison fut dès lors définitive.

Réflexions. — Dans les observations que nous venons de rapporter, les symptômes étaient parvenus à un haut degré d'intensité; c'était là, sans contredit, une des conditions les plus favorables pour expérimenter l'action thérapeutique du chlorate de potasse. Afin que cette appréciation fût exempte de toute incertitude, nous avons employé le médicament comme seul moyen de traitement; nous l'avons administré à la dose de 4 grammes par jour. Une seule fois, cette dose restait impuissante, elle fut élevée à celle de 6 grammes. (Observation deuxième.)

Les effets thérapeutiques de cette médication ont été prompts; ils ont commencé à se manifester d'une manière heureuse dès le second, et, au plus tard, dès le troisième jour. Ils ont été suivis de la guérison définitive de la maladie, du quatrième au septième jour.

Nuls accidents provoqués par l'action du remède ne nous ont jamais obligé d'en suspendre, même momentanément, l'administration.

Les résultats que nous avons obtenus de l'emploi du chlorate de potasse, réunis à ceux que MM. les docteurs Herpin, Blache, Bar-

thez et Demarquay ont consignés dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, témoignent également de l'efficacité prompte de cette médication dans les stomatites, soit mercurielles, soit ulcéro-membraneuses, et de l'innocuité complète de son emploi.

Nous n'avons pas eu à noter des effets physiologiques appréciables de la part du chlorate de potasse ; il est vrai que les doses auxquelles nous l'avons prescrit étaient peu élevées. Cependant, à des doses plus considérables, d'autres observateurs n'ont pas eu à signaler ces effets sous une forme bien saillante.

Comme médication topique, nous avons employé avec succès une solution concentrée de chlorate de potasse :

1° Dans le traitement des éruptions aphtheuses ou pseudo-membraneuses, qui se manifestent quelquefois et surtout à des époques déterminées par des conditions épidémiques, sur la muqueuse de la bouche et sur celle du pharynx, dans le cours de la fièvre typhoïde, des maladies aiguës du poumon, des fièvres éruptives, etc.

2° Dans le traitement des plaies atoniques, ou qui fournissent une suppuration fétide, ou qui se compliquent de gangrène, de diphthérite.

Je me borne à faire ici une simple mention de ces résultats heureux de l'emploi topique du chlorate de potasse. Dr MAZADE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'occlusion des paupières dans le traitement des ophthalmies ; indications de son emploi à propos de la discussion à l'Académie de médecine.

L'occlusion des paupières, comme tous les moyens naturels qui assurent le repos fonctionnel de l'organe malade, a dû être mise en pratique dès les temps les plus anciens de la médecine. L'instinct qui porte les individus affectés d'ophthalmie à abriter leurs yeux de l'influence de la lumière, les résultats du sommeil, ont dû conduire les premiers observateurs à pratiquer l'occlusion, comme moyen de favoriser la guérison de certaines ophthalmies. (Qui n'a vu, ainsi que l'a dit M. Bouvier, des conjonctivites, légères à leur début, disparaître du jour au lendemain par le simple repos de la nuit ?)

Si l'on parcourt les œuvres de Celse et de Paul d'Egine, qui résument l'ère grecque de la médecine, on voit que les chirurgiens anciens avaient constamment recours à ce moyen, à la suite de toutes les opérations qu'ils pratiquaient sur les yeux. Il en devait être de même, lorsque l'action traumatique était accidentelle ; car

ce n'était pas seulement comme méthode de pansement qu'ils avaient recours à ce moyen, mais pour combattre l'inflammation produite par l'action chirurgicale. L'occlusion était exécutée à l'aide d'un plumasseau de laine trempé dans le blanc d'œuf; mode que l'on trouve formulé déjà dans les écrits hippocratiques, c'est-à-dire six cents ans avant Paul d'Egine. Cette méthode de traitement, à l'époque de la décadence, est passée entre les mains des médecins arabes, où elle s'est généralisée comme moyen thérapeutique des ophthalmies, ainsi que nous l'a appris M. Furnari, lorsque, en 1843, il est venu faire connaître aux médecins européens la pratique médico-chirurgicale des Thébides de l'Algérie.

L'historique de la question, tracé par M. Larrey, a fait voir cependant que, comme moyen thérapeutique des ophthalmies, l'occlusion des yeux n'était pas une ressource ignorée des médecins de nos jours, ainsi que l'a dit M. Furnari, et que l'a laissé penser M. Bonnafont, puisqu'il n'a pas hésité à présenter sa pratique comme nouvelle; mais là n'est pas la question pour nous. Ce qu'il importait surtout aux praticiens, c'était de voir déterminer la valeur de l'occlusion dans le traitement des maladies des yeux, et ils ont dû constater avec regret que la longue discussion de l'Académie n'a pas diminué les incertiudes qui règnent à cet égard.

Les maladies des yeux présentent une sorte d'abrégé de toute la pathologie; il importe donc, pour faciliter l'appréciation du moyen en discussion, d'établir une division. Celle adoptée par les anciens auteurs en ophthalmies générales ou locales n'est pas aussi défectueuse qu'on l'a dit, surtout dans l'examen de la question en litige. Elle nous permet d'écarter de notre sujet toutes les phlegmasies oculaires dues à une dyscrasie générale, contre lesquelles l'occlusion n'a aucune prise.

Nous avons été étonnés d'entendre M. Bouvier dire : « Puisque des ophthalmies graves ont guéri par le simple repos fonctionnel de l'organe, par la diète de la lumière, par la seule précaution de couvrir l'œil de son voile naturel, ne doit-on pas s'attendre à voir des pleurésies, des pneumonies, des hépatites, des métrites, etc., céder de même à la seule influence du repos et de la diète d'aliments ? » Cette comparaison n'est pas exacte, car le poumon ainsi que la plupart des organes de la vie végétative, quoique malades, n'en continuent pas moins de fonctionner. Peut-être est-ce à cette circonstance que la médecine expectante doit inspirer généralement moins de confiance aux praticiens dans le traitement des phlegmasies des organes internes?

Dans le traitement des ophthalmies, l'activité de l'intervention thérapeutique repose sur une cause toute particulière. L'œil est un organe spécial, et, pour sauvegarder la fonction qui lui est dévolue, il est indispensable de maintenir l'intégrité des tissus qui le composent, ainsi la transparence des uns, la contractilité des autres. L'importance de ce résultat impose aux praticiens de faire appel à tous les moyens d'action réellement efficaces, pour assurer ces propriétés organiques de l'appareil de la vision.

Tous savent que l'occlusion des yeux, comme méthode thérapeutique, repose sur cette idée que l'influence de la lumière, de l'air et du mouvement des paupières sont préjudiciables à la guérison des ophthalmies. Cette triple influence fâcheuse est réelle, quoi qu'on en puisse dire, mais il ne faut pas cependant en exagérer l'importance. Si les trois agents ne sont pas des facteurs égaux, c'est forcer toutefois l'interprétation des faits que de donner la prééminence à l'air et d'inscrire l'occlusion au nombre des procédés de la méthode sous-cutanée.

C'est le propre des affirmations trop positives d'entraîner des négations également trop tranchées. Ainsi M. Velpeau n'a pas hésité à dire qu'on exagérait beaucoup la nocuité de l'air et de la lumière sur la marche des ophthalmies, et le savant professeur en a pris même texte pour combattre les idées régnantes sur l'influence pathogénique de l'air sur la marche des plaies, et, à plus forte raison, sur celle de l'inflammation oculaire. De même pour la lumière; aussi force-t-il les malades à vaincre ces mouvements instinctifs des paupières qui les porte à abriter leurs yeux; mais, comme l'a fait observer avec juste raison M. Bouvier, la souffrance éprouvée par ceux-ci a dû leur faire oublier souvent ses recommandations.

De ce que les phlegmasies des bronches guérissent, sans que le poumon cesse d'agir et l'air continuant à fournir ses matériaux à l'hématose, ce n'est pas une raison pour rayer de la thérapeutique les moyens hygiéniques et pour priver les malades du soulagement incontestable qu'ils éprouvent du repos fonctionnel de l'organe affecté, toutes les fois que la chose est possible. M. Velpeau ne fait pas marcher ses malades atteints d'une arthrite aiguë, c'est donc le procédé plutôt que le principe qu'il rejette, et nous partageons son avis. Lorsque l'occlusion des paupières a pour but seulement de mettre les yeux à l'abri de l'influence de la lumière, ce n'est pas à ce moyen qu'il faut avoir recours, et le séjour du malade dans une chambre dans laquelle règne l'obscurité est bien préférable aux procédés divers d'occlusion. Le repos de la fonction a lieu alors sans

être provoquée par la constriction des paupières, qui, quelque légèrement pratiquée qu'elle soit, tend à accumuler de la chaleur dans le globe oculaire. M. Larrey l'a prouvé en signalant les bons résultats qu'il avait obtenus de la créatton des salles spéciales destinées aux militaires atteints d'ophthalmies. Tous les hôpitaux consacrés exclusivement au traitement des maladies des yeux que nous avons visités, en Angleterre, en Allemagne, ont adopté cette pratique ; mais aucun ne nous a offert un système de clôture plus ingénieux que celui de Lausanne. L'obscurité des salles peut être graduée et la lumière rendue progressivement au malade.

Cette manière de faire est d'autant plus importante que cet élément hygiénique vient créer souvent au praticien des embarras et des difficultés. Ainsi, dans l'espèce, si l'influence fâcheuse de la lumière est incontestable au début des ophthalmies, il arrive un moment où la photophobie est liée plutôt à un certain degré d'irritabilité nerveuse qu'à l'inflammation oculaire. Cette susceptibilité sera d'autant plus grande que l'on aura abrité plus complétement l'œil de l'impression de son excitant naturel, et il devient quelquefois difficile de vaincre la résistance du malade pour l'exercice de la vue. Du reste, ce n'est pas seulement dans le traitement des phlegmasies oculaires que le chirurgien doit lutter contre l'instinct des malades à exagérer la durée du repos des organes affectés. Les arthrites que nous citions tout à l'heure nous en rappellent un exemple familier. L'expérience clinique a montré même par des faits nombreux, que les mouvements provoqués étaient un excellent agent de résolution des phlegmasies de la synoviale, après la chute des accidents inflammatoires. Et malgré cet enseignement, médecins et malades hésitent les uns à prescrire ces mouvements, les autres à les laisser exécuter.

M. Velpeau n'a pas abordé l'influence pathogénique du mouvement des paupières. Un homme de sa valeur ne saurait la mettre en doute, surtout dans les cas où les conjonctives palpébrales sont affectées de granulations. L'action morbide qu'exerce le mouvement des paupières est alors des plus manifestes ; puisqu'il suffit à lui seul pour amener l'obscurcissement de la cornée et produire les pannus. Dans les kératites avec ulcérations, rien n'est fréquent comme l'existence de ces granulations palpébrales ; et quelque peu développées qu'elles soient, le mouvement des paupières ajoute au traumatisme local de la cornée ; de sorte que l'occlusion devient, surtout dans ces cas, un des moyens les plus puissants, surtout lorsqu'on combine son emploi avec l'usage topique du tannin.

Les seules ophthalmies dans le traitement desquelles l'éminent chirurgien ait employé l'occlusion avec quelque avantage sont les conjonctivites non purulentes, les abcès, les lésions traumatiques ; mais, dans ces cas, son but n'était pas de soustraire l'œil à l'action de l'air et de la lumière, mais pour agir mécaniquement par compression. « Les conjonctivites, dit-il, disparaissent par régions ; la moitié supérieure de l'œil blanchit d'abord, puis la moitié inférieure, puis les angles. Partant de ce fait d'observation que la paupière favorise par sa compression la guérison de la conjonctivite, j'avais eu l'idée d'appliquer un bandage compressif ; c'est pour cela qu'il y a longtemps, j'avais expérimenté l'occlusion. Ma compression méthodique de l'œil sur la peau des paupières amenait, en vingt-quatre heures, une diminution considérable de la conjonctivite. »

Enfin M. Velpeau, opposant les résultats de sa pratique, a montré qu'ils étaient au moins aussi avantageux que ceux que l'occlusion des paupières avait fournis à M. Bonnafont. Nous récusons cette sorte d'argument, qui se produit trop souvent dans les discussions académiques. Qu'est-ce que cela prouve ? sinon, comme l'a fait observer M. J. Guérin, l'habileté de l'homme ; ne voit-on pas tous les jours de sagaces praticiens privés d'une ressource incontestable, guérir mieux leurs malades qu'un confrère moins habile ayant en main un moyen puissant, dont il ne sait pas tirer tout le parti possible. Pour M. Velpeau, l'occlusion des paupières agit seulement par la compression qu'elle exerce sur les surfaces oculo-palpébrales, siége de l'inflammation. Baglivi a fait remarquer que ce n'est pas l'idée théorique qui fait employer un moyen qui guérit le malade, mais bien le moyen lui-même lorsqu'il répond aux indications posées par la nature de la maladie et que l'observation et l'expérience sont les seuls guides à cet égard ; or l'expérience, ce criterium de toutes les méthodes thérapeutiques a prononcé à l'égard de l'occlusion des paupières. Une longue étude du moyen ayant permis à M. Larrey d'en tracer les indications, après les généralités de la question que nous venons d'aborder, et l'article de M. le professeur Forget : *Du Traitement de l'ophthalmie, notamment par l'occlusion des paupières* (t. XLII, p. 12), nous ne saurions mieux faire, pour résumer utilement la discussion de l'Académie, que de placer sous les yeux de nos lecteurs la fin du discours du savant chirurgien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce.

« En premier lieu, je citerai, dit M. Larrey, certaines blessures du globe de l'œil, et notamment la plupart des plaies qui peuvent faire craindre l'évacuation des humeurs et la hernie des membranes, pourvu

que l'on ait extrait les corps étrangers préalablement à l'occlusion.

« D'autres lésions mécaniques peuvent réclamer l'emploi de cette méthode; la conclusion, par exemple, pour prévenir l'inflammation, la commotion même pour faire résorber les épanchements ou éloigner l'amaurose, et l'ophthalmoptose pour réduire et maintenir l'œil déplacé. Je n'ai trouvé à cet égard aucune indication précise dans les auteurs. Je joindrai à cette série les congestions oculaires passives, telles que l'hydrophthalmie.

« Mais les congestions actives, le phlegmon oculaire surtout et l'exophthalmie symptomatique, semblent contre-indiquer absolument l'occlusion complète.

« Elle trouve ses indications les plus fréquentes dans les ophthalmies de certaine nature, et à la période stationnaire ou chronique plutôt qu'à la période aiguë, à moins que ce ne soit alors sous forme d'occlusion complète, réfrigérante ou émolliente. Il n'est pas besoin de rappeler ici l'insuffisance ou l'abus de beaucoup de remèdes dits antiophthalmiques; mais l'occlusion des paupières me paraîtrait la plus mauvaise de toutes les méthodes contre les ophthalmies purulentes, à leur période d'accroissement si rapide et si menaçant pour la vue.

« Parmi les affections de la conjonctive, le chémosis sanguin ou séreux se résorbe assez bien sous l'influence de l'occlusion, qui peut être utile aussi pour réduire, sinon effacer, les granulations et les varicosités; mais elle serait contre-indiquée dans les cas de brûlures, de ptérygion et d'encanthis, comme pouvant provoquer des adhérences oculo-palpébrales, ou le symblépharon.

« C'est aux maladies de la cornée que l'occlusion semble plus particulièrement applicable. La kératite ulcéreuse chronique a, comme je l'ai dit, fixé surtout mon attention, lors des premiers essais que j'ai faits de cette méthode. Elle me semble rationnelle pour faciliter la cicatrisation des plaies récentes de la cornée, aussi bien que des ulcérations anciennes, et pour prévenir les procidences de l'iris, l'issue des humeurs et la fonte de l'œil, lorsqu'il y a perforation pénétrante.

« Elle peut favoriser l'affaissement des staphylômes de la cornée (ou kératocèles), la résorption des opacités superficielles (néphélion et albugo), et l'oblitération des fistules cornéennes. Elle me paraît enfin pouvoir être substituée avec avantage à la méthode souvent insuffisante ou abusive de la cautérisation. Mais l'occlusion palpébrale aurait peut-être des inconvénients dans les cas de suppuration ou d'abcès (onyx, ou hypopyon).

« Quant aux affections de l'iris, ses blessures et sa procidence, avons-nous dit, réclament l'occlusion, soit primitive, soit consécutive à la réduction du staphylôme ; l'effet en serait d'ailleurs facilité par l'emploi de la belladone. La même remarque appartiendrait au pansement de la pupille artificielle.

« L'iritis traumatique ou syphilitique, en raison surtout de la photophobie et des réactions vives sur l'appareil nerveux de la vision, requiert aussi l'emploi de l'occlusion, mais non l'occlusion inamovible, qui aurait le grave inconvénient de favoriser des adhérences ou synéchies, soit avec la cornée, soit avec la capsule du cristallin. A plus forte raison ne faudrait-il pas y recourir si ces adhérences existaient déjà.

« L'expérience nous manque pour pouvoir rien dire de l'occlusion applicable aux maladies de la sclérotique et de la choroïde, sinon qu'elle me paraîtrait rationnelle dans certaines lésions mécaniques de ces membranes.

« Les maladies du cristallin et de sa capsule, résumées dans la cataracte, indiquent l'emploi de la méthode d'occlusion après l'opération par extraction, et surtout après la kératotomie inférieure, pour prévenir l'issue des humeurs de l'œil et favoriser la cicatrisation du lambeau. On y aurait recours aussi dans les cas assez rares de luxation du cristallin, dont j'ai eu occasion de rencontrer un exemple remarquable.

« Restent les affections moins appréciables du fond de l'œil, et les modifications ou les troubles de la sensibilité visuelle tendant à déterminer la myopie, la presbyopie, la diplopie, l'héméralopie, et enfin l'amaurose.

« L'occlusion, dans la plupart de ces conditions-là, n'a pas été suffisamment expérimentée ; elle ne semble même pas devoir être d'une grande utilité, sinon comme moyen de diagnostic, pour apprécier le degré de contractilité de la pupille et le phénomène si bien décrit par M. Serres (d'Alais) sous le nom de phosphènes.

« Cependant j'ai obtenu par l'occlusion diurne et alternative la diminution passagère d'un nystagmus double des plus prononcés ; et il me semble que pour d'autres névropathies oculaires, pour l'héméralopie surtout, si fréquente dans l'armée, et souvent rebelle à la plupart des ressources de la thérapeutique, on obtiendrait au moins de cette méthode quelques effets palliatifs, que l'on a peut-être eu tort de négliger, ou de contester faute d'en avoir fait l'essai. J'y aurais quelque confiance, pour ma part, dans certaines formes de myopie ; mais par des raisons contraires et facilement admissibles,

je crois que l'occlusion, surtout compressive, serait plus nuisible qu'utile à la presbyopie, en provoquant peut-être même la cécité.

« Les maladies des annexes de l'œil offrent quelques indications à la méthode de l'occlusion palpébrale. Le strabisme, par exemple, s'il existe à un faible degré, peut être sensiblement amélioré par l'application d'un bandeau sur l'œil dévié pour le reposer, ou sur l'œil fort pour exercer le plus faible.

« L'emploi, enfin, de cette méthode ne doit être fait qu'avec réserve dans les maladies elles-mêmes des paupières, si ce n'est pour faciliter la réunion des plaies accidentelles et des opérations de blépharoplastie, le redressement méthodique des rebords palpébraux et ciliaires déviés (ectropion, entropion et trichiasis, la résolution des ecchymoses, de l'œdème et de l'emphysème des paupières, et le blépharospasme). Hors ces cas ou à peu près, on aurait à craindre de provoquer par l'occlusion des adhérences fâcheuses, comme dans les cas de brûlures, de blépharites muqueuses et ciliaires.

« Ajoutons à toutes ces considérations que l'occlusion la plus absolue, ou l'ankyloblépharon artificiel, a été pratiquée, notamment par MM. Maisonneuve, Nélaton et Hairion, pour soustraire le globe de l'œil, dont les fonctions étaient d'ailleurs entièrement perdues, à l'action de l'air et des corps étrangers, en laissant les points lacrymaux perméables aux larmes.

« La conclusion sommaire de tous les faits que je viens d'exposer me paraît devoir être formulée à peu près de la manière suivante :

L'occlusion des paupières dans le traitement des maladies des yeux en général, et des ophthalmies en particulier, est une méthode dont l'origine est fort ancienne, mais dont l'emploi, autrefois restreint à des cas isolés, s'est étendu aujourd'hui à bon nombre d'indications communes, et doit s'associer désormais aux différentes ressources de la thérapeutique oculaire.

« Cette méthode comporte des procédés ou modes divers et des modifications nombreuses, dont le perfectionnement simplifié vulgarisera un jour l'étude des maladies des yeux, loin de la restreindre de plus en plus dans le cercle des spécialités.

« Mais si ce système, bien combiné, offre des avantages réels, il ne laisse pas que d'avoir des inconvénients incontestables, lorsqu'il n'est pas appliqué avec discernement. On ne saurait donc en faire une méthode exclusive pour la substituer sans distinction aux autres moyens de traitement, sous peine de la réduire aux hasards de l'empirisme, au lieu de la soumettre à la sanction de l'expérience. »

Nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations de bec-de-lièvre et de chéiloplastie.

Communiqué à l'Académie des sciences, par M. le professeur C. Sédillot.

Il est des procédés souvent côtoyés et presque touchés, dont on ne comprend la nouveauté et l'importance qu'au moment où on en signale les ressources et les résultats.

Celui dont nous voulons nous occuper ici est de ce genre, et c'est par une de ces révélations pratiques, si fréquentes au contact des indications, que nous l'avons imaginé et appliqué avec le plus heureux succès.

L'on sait, et c'est un désiratum dont nous avons fait l'objet d'une remarque spéciale dans la deuxième édition de notre Médecine opératoire, que la lèvre manque de hauteur chez la plupart des adultes qui sont porteurs d'un bec-de-lièvre. Les deux moitiés de la scissure, entraînées en dehors par la contractilité des fibres du muscle orbiculaire, semblent avoir subi un certain degré d'atrophie, et lorsqu'on les a réunies, on s'aperçoit que le bord libre de la nouvelle lèvre est concave, et ne recouvre qu'imparfaitement l'arcade dentaire.

La disparition de l'encoche labiale par le procédé de M. Clémot, de Rochefort, ne modifie pas ces dispositions, et on regrette de voir persister une véritable difformité, dépendant de la brièveté de la lèvre dans le sens vertical.

L'atrophie que je signale était très-marquée sur une jeune fille de vingt ans que j'opérai à la clinique, au commencement du mois de mars dernier. L'arcade dentaire était assez élevée, et l'étroitesse des deux moitiés de la lèvre ne permettait pas d'espérer une restauration parfaite. Je pensai qu'on pourrait convertir une partie des bords horizontaux de la lèvre en surfaces verticales, destinées à être affrontées, et qu'on obtiendrait, avec l'avantage d'augmenter la hauteur de la lèvre, celui de diminuer l'ouverture de la bouche et de la rendre plus régulière et plus gracieuse.

Ces indications furent très-faciles à remplir. Il suffit d'aviver chaque moitié de la lèvre par deux sections obliques, dont la première, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, s'arrêtait à un centimètre environ de distance du bourrelet muqueux du bord libre, tandis que la deuxième, commencée à ce dernier point, fut prolongée assez loin en dehors et en bas pour donner à la nouvelle lèvre une suffisante hauteur.

La lèvre doit être largement détachée de l'arcade dentaire pour accroître la laxité des parties, et en ramenant à une direction verticale

les deux surfaces obliquement avivées, on reforme une lèvre épaisse, qui recouvre bien l'arcade dentaire et dont la réunion immédiate s'accomplit aussi aisément qu'à la suite de l'opération ordinaire.

Je conseillerai, pour plus de perfection encore, une légère modification au procédé de M. Clémot, dont il est convenable de ne pas négliger les avantages. Le renversement et l'affrontement des deux portions opposées du bourrelet muqueux ne me paraissent pas suffire à reproduire la petite saillie médiane de la lèvre supérieure, ni même, dans beaucoup de cas, à prévenir absolument la persistance d'une légère dépression, au point où se cicatrise la plaie. Je crois plus sûr de comprendre dans les portions de tissu que l'on renverse quelques millimètres du tégument externe, ainsi que tout le bourrelet muqueux. C'est une manière assurée d'obtenir un excellent résultat plastique.

Ceux qui conserveraient quelques doutes sur la précision et l'étendue des ressources du procédé dont je viens d'exposer les principaux traits pourront, comme nous l'avons fait, en demander la démonstration à une simple manœuvre d'amphithéâtre. Pour lever les dernières objections de l'un de nos collègues, nous le conduisîmes avec nos internes, MM. Aronsohn, Picard, Berdot et quelques autres élèves, aux salles d'anatomie. Nous mesurâmes la hauteur de la lèvre supérieure d'un des sujets livrés aux dissections. Cette lèvre avait 16 millimètres de son bord libre à la racine du nez, et après l'opération simulée du bec-de-lièvre par notre procédé, cette même lèvre présentait 25 millimètres de hauteur, et avait ainsi gagné un peu plus de moitié de ses dimensions primitives dans le sens vertical.

Nous avons revu notre malade à la fin de mars, et sa bouche était restée très-régulière et gracieuse.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Propriétés diurétiques de la herniaire ou turquette ; formule pour son emploi.

La herniaire ou turquette est une petite plante rampante qui croît chez nous dans les terrains sablonneux ; elle doit son nom à de prétendues vertus topiques contre les hernies. La légère astringence dont elle est pourvue a fait croire encore à une action sur la vessie, et on l'a vantée comme propre à fondre la pierre, et surtout à faire disparaître les mucosités des urines. Malgré toutes ces vertus remarquables, l'usage de la turquette est complétement abandonné.

Ce serait à tort, suivant M. le docteur Herpain ; cette plante est un diurétique puissant, qu'on prescrit très-souvent à l'hôpital militaire de Mons, dont il est médecin adjoint, et cela avec des succès, même dans des cas où des diurétiques réputés plus actifs n'avaient pas modifié la sécrétion urinaire.

Une observation thérapeutique sur laquelle insiste ce médecin est que, dans la médication diurétique, comme dans la médication narcotique, on obtient de l'association de plusieurs substances des effets qu'on avait vainement attendus de l'action isolée de chacune d'entre elles. A une époque récente, où l'hôpital renfermait plusieurs anasarques, survenues chez des sujets anémiques, M. Herpain dit avoir eu fort à se louer de la prescription suivante :

Herniaria glabra	30 grammes.
Eau bouillante........................	300 grammes.

Faites infuser pendant une heure, et ajoutez :

Nitrate de potasse....................	4 grammes.
Teinture de digitale..................	2 grammes.
Oxymel scillitique....................	30 grammes.

La formule de M. Herpain confirme plutôt son assertion des bons effets de l'association des médicaments diurétiques, que celle des propriétés spéciales qu'on accordait autrefois à la turquette. Nous n'en mettons pas moins son assertion en relief, car l'étude thérapeutique des plantes fournies par la matière médicale indigène a repris faveur depuis quelques années, et c'est offrir ainsi l'occasion de vérifier si réellement cette plante mérite d'être retirée de l'oubli où on la laisse.

Mode de préparation du proto-phosphate de fer précipité.

Le phosphate de fer employé en médecine est préparé, sous forme de poudre, en mêlant intimement le sulfate de fer et le phosphate de soude, et en y ajoutant du sucre aromatisé. Voici, d'après le Répertoire de pharmacie, la manière d'obtenir ce sel par précipitation :

Pr. Proto-sulfate de fer..................	100 grammes.
Phosphate de soude..................	170 grammes.
Eau..................................	500 grammes.

Faites dissoudre chacun des sels dans 250 grammes d'eau ; versez la solution de sulfate de fer dans la solution de phosphate de soude; filtrez et lavez le précipité à l'eau bouillante. Le phosphate de fer ainsi obtenu est sous forme d'une poudre d'un bleu pâle et com-

plétement insoluble dans l'eau. Les doses précédentes donnent environ 50 grammes de produit sec.

Moyens de reconnaître la présence du fer dans le lait. — De la valeur relative de la limaille et du lactate de fer au point de vue du passage du fer dans le liquide.

Les recherches dont nous voulons entretenir nos lecteurs et qui sont dues à MM. Rombeau et Roseleur ont pour but de démontrer : 1° que la quantité de fer est plus grande dans le lait des femmes nourries à l'influence du fer; 2° que cette quantité n'est pas la même, suivant qu'on administre la limaille ou le lactate de fer.

Pour résoudre la première question, MM. Rombeau et Roseleur ont versé dans

La capsule, n° 1.	La capsule, n° 2.
65 grammes de lait normal.	65 grammes de lait à la limaille de fer.
10 grammes de potasse.	10 grammes de potasse.

Dans le deuxième cas, l'incinération a été faite; elle a donné une teinte brune. La calcination faite, il a dû rester du carbonate de potasse et de l'hyponitrate de potasse; de son côté, l'acide du petit-lait a dû dissoudre le fer.

Troisièmement, les auteurs ont placé dans de nouvelles capsules mais bien étiquetées n° 1 et n° 2, 2 gr. du résidu ainsi obtenu.

L'évaporation a été faite jusqu'à l'apparition de vapeurs blanches; on a laissé refroidir. Au résidu de la capsule n° 1 et de la capsule n° 2, on a ajouté 50 gr. d'eau distillée; la filtration des deux liqueurs a été faite.

Or, que l'on ait alors traité la même quantité du liquide de la capsule n° 1 et n° 2 par une même quantité à la balance, de cyanure de potassium ou de sulfo-cyanure, toujours le résultat a été le même.

Cyanure de potassium.

Capsule, n° 1.	Capsule, n° 2.
(Lait normal).	(Lait à la limaille).
Coloration moindre.	Coloration bleue plus foncée.
Pas de précipité.	Teinte verte.
	Bleu de Prusse se déposant au fond du vase.

Sulfo-cyanure.

Capsule, n° 1.	Capsule, n° 2.
(Lait normal).	(Lait à la limaille).
Moindre.	Précipité jaunâtre bien marqué.

Le tannin, l'acide gallique ont donné également quelques nuances confirmatives.

Il est bien établi que le fer est en quantité plus notable dans le lait

provenant d'une femme qui fait usage de limaille de fer que dans le lait normal.

Relativement à la seconde question, quel est, de la limaille ou du lactate de fer, celui des deux médicaments qu'on retrouve en plus grande quantité dans le lait, *après une administration proportionnelle dans la durée et la quantité de l'administration de l'agent?* MM. Rombeau et Roseleur ont procédé de la manière suivante :

Ils ont mis dans quatre capsules :

1° 25 grammes de lait, dit limaille de fer, recueilli sur la même femme.
2° 25 grammes de lait, dit limaille de fer, recueilli sur plusieurs femmes.
3° 25 grammes de lait, dit lactate de fer, provenant de plusieurs femmes.
4° 25 grammes de lait, dit normal, pris dans les mêmes circonstances.

Les liquides ont été évaporés jusqu'à siccité, avec addition d'une petite quantité de potasse caustique, ayant pour but de saponifier la matière et de réduire à l'état d'oxyde les sels de fer.

Le résidu des quatre capsules, séparé avec un fragment de verre, a été introduit dans quatre creusets de porcelaine avec un poids égal d'azotate de potasse, puis complétement incinéré, cela afin de transformer les matériaux et substances solubles et le protoxyde en sesquioxyde.

Le résidu de cette incinération a été traité à chaud par l'acide sulfurique concentré, afin de décomposer complétement les sels azotiques qui pouvaient rester.

Il en résulterait donc, par rapport au fer, un sulfate de sesquioxyde de ce métal ; c'est alors que la liqueur filtrée, après avoir été suffisamment étendue d'eau, a donné les réactions suivantes :

1° *Réaction par le cyanure jaune de potassium.*

Creuset, n° 1. — *Limaille de fer.* — Coloration vert-bleu (prussiate de potasse), sans précipité sensible.

Creuset, n° 2. — *Limaille.* — Coloration plus intense ; précipitation.

Creuset, n° 3. — *Lactate.* — Coloration bleue moins intense qu'avec la limaille.

Creuset, n° 4. — *Lait normal.*— Précipité très-sensible, abondant comparativement.

2° *Réaction par le sulfo-cyanure.*

Premier creuset. — Coloration jaune-rougeâtre.
Deuxième creuset. — Coloration plus intense, sans grande différence.
Troisième creuset. — Coloration beaucoup moindre.
Quatrième creuset. — Précipité plus remarquable.

Il ressort donc de ces expériences ce résultat assez inattendu, que l'on retrouve plus de fer dans le lait après l'administration de la limaille de fer qu'après celle du lactate. Ainsi se trouvent une fois de

plus justifiées les excellentes remarques critiques présentées dans ce journal par M. Soubeiran, au sujet des diverses préparations ferrugineuses; et si l'on prend pour criterium de la valeur des préparations ferrugineuses la facilité avec laquelle elles arrivent dans les sécrétions, on est conduit naturellement à placer sur un rang au moins aussi élevé, sinon même plus élevé, les préparations dites insolubles, et, en particulier, la limaille, par rapport aux préparations solubles et au lactate de fer.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Guérison prompte des névralgies à leur début par l'emploi topique du chlorure d'or et de sodium.

Permettez-moi d'employer la voie de votre estimable journal pour faire connaître les heureux résultats que j'ai toujours obtenus dans le début des névralgies, quel que fût leur siége, de l'emploi du chlorure d'or et de sodium. Je fais faire une pommade composée de 30 grammes de cérat de Galien, et de 1 gramme de ce chlorure. Les névralgies ont toujours disparu après quelques frictions. Voici les noms des personnes guéries :

Névralgie lombaire. — M. Bambard, quincaillier; deux frictions.
— M. Victor, limonadier; une friction.
— M. Villette, négociant; trois frictions.
Névralgie crurale. — M. Malignon, capitaine en retraite; trois frictions.
— *sciatique.* — M. Guérin, marchand de fromages ambulant; trois frictions.
— — M. Huguet, marbrier, obligé aussi de voyager; deux frictions.
— — M. Liotard, quelques frictions après un traitement différent ont amené un grand soulagement. La névralgie de M. Liotard n'était pas à son début.

Je livre ces faits à l'appréciation de tous mes confrères, afin que, par leur expérience et leur succès, ils viennent à l'appui de ce que j'avance, et vulgarisent l'emploi du chlorure d'or.

B. Charrière, D. M.,
Directeur de la maison des aliénés à Saint-Remy (Provence).

Remarques sur un cas de fistule consécutive à un rétrécissement organique de l'urètre, guéri par l'application du chlorure de zinc.

M. le docteur J.-S. Thébaud, chirurgien du dispensaire *Delwti* et du *Colored house*, etc., vient de publier dans le *New-York medi-*

cal Times, les résultats d'une tentative qui me paraît appelée à agrandir le champ de la thérapeutique des rétrécissements ; j'espère que vous lui ferez bon accueil.

Obs. M. S. C., âgé de quarante-six ans, d'une bonne constitution et d'habitudes réglées, vint me consulter, en mai dernier, pour une tuméfaction située aux environs de l'anus, et pour une difficulté d'uriner. L'exploration de l'urètre démontra un rétrécissement au bulbe ; la tuméfaction n'était autre qu'un abcès urineux situé à environ 3 centimètres du côté droit de l'anus. Ayant ouvert l'abcès avec une lancette j'introduisis, immédiatement après la dilatation, un stylet mousse qui suivit le long du rectum jusqu'à la profondeur d'environ 6 centimètres ; de là, le conduit déviait un peu vers la droite ; puis, continuant dans le sens de la première direction, je dus ne point conserver de doute sur la communication de ce conduit avec la région membraneuse de l'urètre ; mais tout m'a prouvé qu'il ne communiquait point avec la cavité du rectum. Un traitement de cinq mois, pendant lesquels il n'a point été possible de diminuer une évacuation continuelle de pus et d'urine, ne laisse pas de doute sur l'existence d'une fistule urinaire d'une grande étendue.

Le malade, lorsqu'il vint me consulter, pouvait uriner par un jet délié ; cependant il ne me fut pas possible de franchir le bulbe, au moyen de sondes flexibles ni solides, si ce n'est après dix jours d'essais répétés. J'y parvins enfin, et l'urètre put peu après admettre une sonde n° 36 de M. Béniqué. Le rétrécissement datait de vingt ans.

Le traitement suivi pendant deux mois consista en dilatations du rétrécissement, incisions plus ou moins profondes du trajet fistuleux, introduction de tentes de charpie, etc., etc.

A cette époque, le docteur Dupierris, de la Havane, me conseilla d'employer les injections de perchlorure de fer ; j'en continuai l'usage jusqu'en octobre, afin de donner à ce traitement un temps d'essai bien suffisant. Le perchlorure de fer, d'abord mêlé à égale portion d'eau, fut plus tard employé sans être affaibli ; il était injecté dans toute l'étendue du trajet fistuleux. Dans les premiers temps, l'opération était répétée tous les trois ou quatre jours ; plus tard, elle le fut chaque jour. Les résultats produits furent des escarres, dont une portion était entraînée chaque fois qu'on renouvelait l'injection. La suppuration fut augmentée, mais le conduit fistuleux ne présenta pas de tendance à la cicatrisation.

1er octobre. Aucune amélioration n'ayant eu lieu, il devint indispensable de dilater le trajet fistuleux, afin de s'assurer s'il commu-

niquait avec le rectum; quelle serait son étendue (un stylet ordinaire entre jusqu'à la profondeur de 15 centimètres), et s'il conviendrait de diviser la paroi du rectum pour obtenir la guérison de cette affection. Un morceau d'éponge préparée fut introduit; on augmenta son diamètre graduellement, pendant une semaine. Lorsque le conduit fut amplement dilaté, il fut possible de s'assurer qu'il ne communiquait pas avec le rectum, quoiqu'il fût adossé à sa paroi externe dans une certaine étendue. Rien autre chose que ce que le stylet avait indiqué déjà ne fut découvert, c'est-à-dire la longueur et la direction du trajet fistuleux.

Le perchlorure de fer fut de nouveau appliqué pendant dix jours, sans qu'il fit aucun effet; la fistule reprit son aspect primitif, ce qui démontra d'une manière irrécusable l'insuffisance de ce moyen.

20 octobre. Dans une nouvelle conférence avec le docteur Dupierris, nous convînmes de faire usage du chlorure de zinc. A cet effet, une portion de ce caustique fut mêlée à égale portion de farine et réduite en pâte par l'addition d'une suffisante quantité d'eau, puis étendue sur un morceau de toile, comme il est fait pour le sparadrap. Après l'avoir laissé sécher, une bande en fut roulée en spirale et introduite dans le trajet fistuleux, où elle fut laissée pendant trois heures; alors elle fut retirée, et il fut recommandé au malade de se tenir tranquille autant que possible; mais ce même après-midi il parcourait un trajet de vingt milles en chemin de fer. Il s'écoula, pendant plusieurs jours, des morceaux de membranes, du sang et du pus.

30 octobre. Quoique la fistule ne fût pas guérie par l'application de ce moyen, elle présenta une très-grande amélioration; aussi résolûmes-nous d'appliquer de nouveau le chlorure de zinc; mais, cette fois, afin que le caustique fût mis en contact avec toutes les parties du trajet fistuleux, il fut convenu que nous introduirions un long morceau d'éponge préparée, ce qui fut fait à neuf heures du matin; elle fut retirée à une heure de l'après-midi, et, à ce moment, elle fut remplacée par une nouvelle tente caustique; mais cette fois, au lieu d'en rouler une bande sur elle-même, comme la première fois, elle fut posée en spirale sur un morceau de sonde de gomme élastique assez flexible, mais cependant assez ferme pour forcer les obstacles que présenteraient les courbes du trajet fistuleux, et pour pouvoir se pousser jusqu'au fond du conduit.

La tente caustique fut laissée en place pendant cinq heures, et entraîna, en se retirant, un morceau de fausse membrane. Le malade fit son trajet habituel en chemin de fer; il y eut pendant quel-

ques jours une grande suppuration, mêlée de sang et de débris membraneux. Dix jours après, toute cette évacuation cessa, les parois du conduit fistuleux se mirent en contact, sans l'aide d'une compression ni d'aucun moyen spécial pour l'obtenir; peu de jours après, la fistule était cicatrisée.

M. C... n'a pas été obligé de suspendre ses occupations pendant la durée de ce traitement; il a continué de faire chaque jour quarante milles, pour venir en ville et s'en retourner à sa demeure, éloignée de vingt milles de New-York.

Réflexions. — L'observation que je viens de traduire n'a pas toute l'étendue que le docteur, M. Thébaud, avait l'intention de lui donner; il a dû se rendre au désir que lui ont manifesté les éditeurs du *New-York medical Times*, de la rendre aussi concise que possible, vu le peu d'étendue du journal. Une lettre que ce jeune ami et estimable confrère m'a écrite, en me faisant part de cette particularité, m'informe d'une circonstance assez curieuse : c'est qu'un abcès s'est présenté aux environs de la cicatrice, près de la marge de l'anus; il a dû l'ouvrir; il en est sorti beaucoup de pus. Peu de jours après, l'ouverture s'est cicatrisée et toutes les parties qui avaient été le siége du travail pathologique dont nous venons de parler ont repris tous les caractères de l'état normal.

Nous ne ferons pas mention du rétrécissement organique de l'urètre autrement que pour établir l'étiologie de l'affection pour laquelle nous fûmes consulté. La fistule était bien de celles qui guérissent rarement, même après que la cause a disparu. J'ai rencontré plusieurs faits de cette nature, et il a été indispensable de faire une opération fort grave pour les guérir, car on rencontre des clapiers et de nombreux conduits qu'il est indispensable d'inciser, si l'on veut faire une opération qui conduise les choses à bonne fin.

Si l'on compare maintenant ce nouveau mode de traitement avec celui que la clinique chirurgicale avait dû établir, l'on voit tout d'abord que, dans l'un, la vie peut courir un danger; que le malade doit garder le lit jusqu'à sa guérison, et que celle-ci se fait souvent attendre fort longtemps; que cette opération ne peut être pratiquée que par des opérateurs fort intelligents, etc., etc.; tandis que l'application du caustique de chlorure de zinc cause une douleur supportable, qui disparaît dès que l'escarre est formée et dès que la tente est retirée; il suffit d'employer des moyens de propreté; le malade peut vaquer à ses affaires et cette guérison peut être obtenue par celui qui même n'a pas l'habitude des opérations. Est-il nécessaire de faire mention d'autres avantages que prouvent ce mode de trai-

tement des fistules? Nous disons *des fistules*, quoique nous n'ayons qu'un seul fait à présenter; nous nous étayons des raisons que chacun comprendra devoir le conduire à l'application de ce simple moyen, de préférence au bistouri, dans tous les cas de fistules, soit complètes, soit borgnes; nous n'en excepterons point certaines fistules vésico-vaginales, pour lesquelles nous concevons le mode opératoire applicable; car nous croyons que l'escarre une fois formée, la cicatrisation ne serait point empêchée par le contact de l'urine sur cette partie. Si nous consultions les désirs du malade, il n'est pas douteux pour nous qu'il aimerait mieux s'exposer à ne pas guérir par ce moyen, que de se soumettre tout d'abord à une opération sanglante, et nous croyons qu'il aurait raison; car il obtiendrait, quand même, une modification dans l'état des tissus environnants : ce qui préparerait la partie affectée de manière à ne pas réclamer une opération aussi étendue, et, par conséquent, moins grave.

Les avantages de cette opération étant bien reconnus, nous allons dire comment on doit procéder, car nous avons été à même de nous expliquer le motif qui a fait que la première application du caustique n'ait pas complétement réussi. Il n'est pas douteux pour nous que la tente caustique ne pût pas être poussée assez avant pour arriver au cul-de-sac fistuleux, 1° parce qu'elle n'était pas assez ferme, étant trop mince, et 2° parce qu'il eût été nécessaire de comprimer les fongosités qui recouvraient plusieurs points des conduits fistuleux, afin de mettre les points sinueux ou profonds en contact avec le caustique. La raison qui nous porte à expliquer de la sorte l'échec éprouvé fut que nous observâmes une grande amélioration dans les parties environnant la fistule : cette opinion, que nous émîmes à notre confrère, lui suggéra la résolution qu'il nous communiqua, d'enrouler le sparadrap caustique autour d'un bout de sonde, pas trop ferme, mais cependant assez solide. Nous acceptâmes ce moyen, et nous conseillâmes de l'appliquer, après l'avoir fait précéder d'une dilatation assez forte, produite par un morceau d'éponge préparée, coupée en forme de cône très-allongé et assez mince pour qu'il pût arriver au fond du trajet. Il fut ainsi fait. « Nous introduisîmes « la tente d'éponge, que nous laissâmes en place pendant trois heures, « et nous la remplaçâmes alors par la tente caustique; celle-ci fut « laissée pendant cinq heures consécutives; elle fut alors retirée, et, « dès ce moment, on n'a employé que des moyens de propreté. »

Il est presque inutile de dire que le caustique ne devra pas, dans tous les cas, séjourner aussi longtemps dans le trajet fistuleux; car une fistule récente n'a pas besoin d'un modificateur aussi puissant

que si elle était ancienne : cette modification sera obtenue avec plus de force si le séjour du caustique est plus long, ou si la proportion du chlorure de zinc avec la farine est moindre.

Ce moyen, déjà fort avantageux, devra-t-il n'être employé que pour le traitement des fistules? Je pense que tous ceux qui liront ces quelques lignes se promettront d'en faire l'application à bien d'autres affections. Quant à nous, nous espérons bien utiliser ce nouveau moyen dans des cas que nous avions jugé ne devoir guérir que par l'aide de l'instrument tranchant ; et nous ne tarderons peut-être pas à vous faire part de quelques nouvelles études sur cette médication.

Nous ne terminerons pas ces réflexions sans dire à qui nous devons l'idée que nous avons communiquée à notre ami M. Thébaud ; nous voulons parler de l'application du chlorure de zinc sous la forme de sparadrap : c'est à un mémoire remarquable de M. le docteur Desgranges, chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon, sur la cautérisation appliquée aux polypes naso-pharyngiens. Lorsque nous prîmes connaissance de ce mémoire, nous comprîmes tout d'abord les grands avantages qu'on pouvait retirer du chlorure de zinc fixé d'après la méthode de ce célèbre chirurgien : aussi prîmes-nous des notes en conséquence, comme nous le faisons toutes les fois que nous trouvons l'occasion de simplifier des procédés au moyen de systèmes appliqués à des affections qui nous semblent avoir des points de contact, soit pathologiques, soit thérapeutiques.

Nous répétons que nous avons l'espoir que la méthode que nous préconisons icirecevra, de la part des praticiens, un accueil aussi favorable que celui qu'a reçu notre méthode pour la cure radicale de l'hydrocèle par l'injection de 6 à 8 grammes d'alcool, plus ou moins, selon que les différentes circonstances qui accompagnent l'affection réclament une plus grande dose d'excitation. Nous saisissons cette occasion pour féliciter M. A. Richard de la publication qu'il a faite des nombreux cas d'hydrocèle qu'il a guéris par nötre procédé, tout en faisant ressortir les avantages dus à cette méthode, tels que le peu de souffrance, l'absence de danger, la facilité dans l'application, la possibilité que conserve le malade de pouvoir vaquer à ses affaires pendant toute la durée du traitement, et surtout l'économie qui en résulte, attendu qu'il n'est pas besoin de faire rester les malades à l'hôpital. Nous avons vu avec plaisir que M. le docteur Benoît, de Dieu-le-Fit (Drôme), a publié dans la Gazette des Hôpitaux du 9 novembre 1854 deux observations d'hydrocèle de la tunique vaginale traités par la ponction et l'injection alcoolique. La lecture de ces

observations ne laisse aucun doute que la méthode employée soit bien la nôtre ; il ne nous a point cité, ni M. le docteur Richard, mais c'est là fort peu de chose, en comparaison du bienfait obtenu.

M. le docteur Maisonneuve a aussi employé notre méthode pour la cure radicale de la hernie ; il a relaté le cas à l'Académie impériale de médecine ; nous ne savons s'il nous a nommé dans sa communication; mais la Gazette Hebdomadaire, par laquelle nous avons appris cela, ne fait pas mention de notre nom. C'est peut-être un oubli, nous nous plaisons à le croire ; car M. Maisonneuve grandit quand il fait mention d'un procédé dont un simple chirurgien de province ou de l'étranger lui aura fait part : en le mettant en pratique, il l'améliore ou il lui donne un certificat de bonne qualité ; aussi aimons-nous à croire que l'oubli a été du fait de la Gazette.

M. Dupierris, D. M. à la Havane,
Commandeur de l'ordre royal de Charles III.

BIBLIOGRAPHIE.

Instituts de médecine pratique de Jean-Baptiste Borsieri de Shanifeld, traduits et accompagnés d'une étude comparée du génie antique, et de l'idée moderne en médecine, par le docteur Paul-Emile Chauffard, médecin en chef des hôpitaux de la ville d'Avignon.

Quelque heureuse que soit la forme sous laquelle il se produit, ce livre n'eût pas même été possible il y a quelque vingt ans. La médecine, sous la discipline de méthodes, sinon nouvelles, au moins mieux comprises, entraîne dans une voie qui lui ouvrait des perspectives inconnues : l'anatomie pathologique lui découvrait une face des maladies qui ne venait que d'être entrevue ; une séméiotique, sortie de la nature même des phénomènes morbides, qu'il s'agissait de constater pendant la vie, permettait au diagnostic d'atteindre ces phénomènes, jusque-là voilés à l'observation ; la physiologie pathologique, ayant en main des éléments nouveaux, tentait, avec une grande apparence de raison, une synthèse plus précise de la vie morbide ; tout, en un mot, jusqu'à la chimie, jusqu'à la physique, apportait quelquefois, promettait plus souvent à la médecine un concours efficace dans la reconstitution de ses bases fondamentales, dans sa laborieuse réédification. C'étaient là de magnifiques espérances, que nous saluâmes presque tous avec bonheur. Est-il vrai que cet immense travail de rénovation n'ait pour ainsi dire abouti qu'à de pures déceptions ? Telle est la question que pose et cherche à résoudre M. Paul-Emile Chauffard, dans une introduction étendue

qu'il a placée en tête de la traduction des *Instituts de médecine pratique* de Borsieri.

Remarquons d'abord que quand les médecins eurent en main les divers procédés de l'analyse moderne, il était impossible qu'ils n'en fissent pas une application complète à l'étude de l'organisation en possession de la vie, ou frappée par la mort : agir autrement, c'eût été méconnaître les aspirations les plus imprévues de la science ; c'eût été résister à l'impulsion du besoin de connaître qui entraîne l'homme dans tous les sentiers inexplorés, où il espère enfin rencontrer l'objet immortel de la convoitise de son intelligence, la vérité. Elle était si légitime, cette préoccupation des esprits, en face des brillantes perspectives qui, à cette époque de la science, s'ouvraient aux regards de tous, que M. Paul-Emile Chauffard, s'il était seulement son père, et malgré son enthousiasme réel profondément senti pour le génie médical antique, se serait laissé entraîner lui-même dans une voie où tout le monde courait. Que parlé-je de M. Chauffard ! Reculons plus loin, ou, si vous voulez, remontons bien plus haut encore, remontons jusqu'à Hippocrate. Pensez-vous, demanderai-je au médecin éloquent, au disert philosophe des hôpitaux d'Avignon, pensez-vous qu'Hippocrate lui-même eût fermé les yeux aux vérités imprévues que lui eussent découvertes tout à coup les recherches modernes ? Gardez-vous de le croire, par respect même pour le génie de l'illustre médecin. L'homme qui appliqua si bien l'observation à l'écorce de la maladie, avant que Bacon et Descartes n'eussent inventé cette méthode, est-ce qu'il ne l'eût point, avec la même ardeur, appliquée à l'étude du traumatisme interne, si ce côté de la pathologie eût été à la portée de ses sens ? D'après ce qu'il dit de la partie visible, tangible de la pathologie à l'époque où il vécut, nous pouvons hardiment conclure qu'il ne se fût pas moins appliqué à la détermination de ce qui lui était alors inconnu, cet ensemble de notions toutes modernes dont on fait si bon marché, maintenant que l'on en jouit comme de l'air qu'on respire. On ne peut donc, sans un grand dommage pour la science, les supprimer : si elles n'existaient pas, il faudrait les inventer.

Sans sortir de l'ordre de maladies qu'embrasse exclusivement l'ouvrage de Borsieri, dont M. Chauffard nous offre aujourd'hui une élégante traduction, appliquons ces quelques réflexions aux fièvres continues. Quelque respect qu'on ait pour l'antiquité médicale, et en particulier pour Hippocrate, son plus illustre représentant, peut-on dire que le labeur moderne n'a point éclairé cette classe si importante de maladies ? Quand Broussais les réduit à l'unité, en en

faisant des formes diverses de la gastro-entérite ; quand quelques anatomo-pathologistes purs, rejetant cette doctrine fausse, suivent cependant la même voie, en rapportant à la lésion intestinale, comme à leur cause, tous les phénomènes par lesquels ces maladies se traduisent à l'observation, c'est sans doute là une grave erreur ; car, si cette lésion est constante dans ces maladies, il y a bien autre chose que cette lésion : il y a un état général qui domine cette lésion, comme il domine tout le reste de l'appareil morbide. Mais cette lésion existe, et, mise en regard de l'altération du sang, qui coexiste presque constamment avec elle, elle constitue incontestablement une notion importante qui, bien comprise, dirige utilement la thérapeutique dans la voie obscure qui s'ouvre ici devant elle. Voyez Borsieri, malgré son talent d'observation et sa grande perspicacité : comme il tâtonne, comme il divague même, disons-le, quand il cherche à se reconnaître au milieu du dédale des fièvres continues, telles que les ont décrites ses savants devanciers ou ses contemporains ! Au reste, M. Chauffard lui-même, en homme intelligent qu'il est, ne laisse pas que de s'étonner un peu de ce traumatisme si constant dans les fièvres ; et cette considération lui arrache les paroles que voici : « Et, en effet, les altérations signalées dans le tube digestif sont le lien vraiment puissant qui relie en une unité imprévue toutes les fièvres continues, distinguées par l'antiquité. » Or, nous le demandons à notre savant confrère, n'est-ce donc rien qu'une notion de cette portée, et la science qui a conduit à cette notion mérite-t-elle les dédains superbes dont on l'accable ?

Maintenant cette notion installée dans la science, et permettant d'entrevoir l'unité là où, en dehors d'elle, on ne voyait que dissemblances, l'œuvre de celle-ci est-elle achevée ? Non, assurément. En attendant que ces déterminations précises conduisent, si elles y conduisent jamais, à une thérapeutique vraiment efficace, il y a lieu aujourd'hui, comme du temps d'Hippocrate, et suivant la manière de tous les hippocratistes vraiment forts, à étudier la marche de ces fièvres, leurs mœurs, si l'on veut bien nous permettre ce mot, afin de ne point s'exposer, par une thérapeutique tracassière, à entraver les tendances naturelles de l'organisme vivant à la reconstitution de l'ordre physiologique violemment troublé. M. Chauffard le voit ; nous aussi nous croyons à l'immanence, au sein de l'organisation, d'une force qui, comme elle l'a créée, la conserve, et qui, comme elle la conserve dans l'état physiologique, tend, par l'utile réaction qu'elle suscite, à l'affranchir de la maladie. Cette force, sans laquelle

la vie ne saurait être conçue, soit au moment de son éclosion dans l'œuf maternel fécondé, soit dans son conflit avec le monde extérieur, cette force ne peut être conçue inactive, et la manière dont elle agit à travers l'organisme lésé mérite au plus haut point d'être attentivement méditée.

En rappelant les médecins à l'étude attentive de la réaction vitale dans les maladies, et cela dans les formes les plus propres à faire conviction dans les esprits, nous ne craignons pas de le proclamer hautement, M. Chauffard a fait une œuvre utile et que nous recommandons à l'attention sérieuse des médecins qui comprennent la gravité de leur mission. Pour mieux faire comprendre la pensée du médecin d'Avignon, en la montrant dans tout l'éclat de sa forme, qu'on nous permette de détacher de son livre un passage remarquable : « Sur ce point donc de la formation des espèces morbides, le génie antique et l'idée moderne se séparent profondément l'un de l'autre ; et cette séparation, on vient de le voir, grandit encore dans la question des nombreuses maladies connues autrefois sous le nom de fièvres. Ce n'est pas seulement dans les principes et dans l'affirmation que s'éloignent le dogme antique et le travail moderne, *c'est encore dans les écarts où tombent chacun d'eux*. Ainsi, dans les affections fébriles, où l'altération organique peut être regardée comme secondaire, et les réactions vitales comme plus dégagées et indépendantes, le génie antique divisera et subdivisera à l'excès, aux plus légères variations des actes morbides ; et le labeur moderne, méconnaissant des différences importantes, réunira en une seule unité ce que les lésions pathologiques ne sépareront pas suffisamment. Dans le cas, au contraire, où les lésions organiques ont une importance plus marquée, le génie antique, n'en tenant pas un compte suffisant, confondra des maladies que l'étude des altérations spéciales à chacune aurait dû faire distinguer. Le labeur moderne, de son côté, se laisse souvent aller à de trop subtiles et excessives divisions, d'après les moindres différences dans les lésions anatomiques, sans se demander si cette différence en amène une assez prononcée dans la nature de la maladie, et motive ainsi une division nouvelle. Ces réflexions expliquent bien des faits, et se peuvent appliquer sur une grande échelle dans l'histoire de l'art. » C'est parler d'or ; mais raisonner ainsi, n'est-ce pas se placer sur la pente d'une philosophie qui sonne mal aux oreilles de l'élégant traducteur de Borsieri, sur la pente de l'éclectisme ? Dans tous les cas, que l'auteur se rassure, nous sommes bien loin de lui faire un crime de cette tendance, nous serions bien plutôt tenté de lui reprocher une petite tartine (nous

demandons pardon à l'auteur pour ce mot qui nous échappe ; en journalisme, on n'a pas le temps d'écheniller ses écrits de manière à ce qu'ils reflètent le pur dix-septième siècle) ; nous serions bien plutôt tenté, répétons-nous, de lui reprocher une petite tartine qu'il a commise contre cette humble doctrine. En médecine, voyez-vous, personne ne professe réellement l'éclectisme, le grand éclectisme, qui a valu tant d'insultes à M. Cousin : cet éclectisme-là, nous ne savons pas, à vrai dire, si, parmi nous, il y en a beaucoup qui le connaissent. Vous trouverez peut-être ceci naïf ; et cette philosophie de *Know nothing* vous fera sourire. Tant mieux ; dans ces temps sombres, nous aimons à faire sourire un peu, cela désopille. Mettons la philosophie de côté ; l'éclectisme que nous aimons, que nous patronons, que nous prescririons, si nous le pouvions, à quelques-uns de nos confrères, comme un antispasmodique, cet éclectisme, c'est tout simplement le bon sens qui prend son bien où il le trouve. On le voit poindre, bien que discrètement, çà et là, dans la brillante introduction de la traduction de l'illustre médecin allemand ; nul ne pensera à en faire reproche à M. Chauffard. Qu'il ne se préoccupe que médiocrement de notre indiscrétion.

Voilà déjà de longues pages, et nous ne savons si nous avons même bien fait comprendre l'esprit du brillant parallélisme que l'éloquent médecin d'Avignon s'est efforcé d'établir entre le génie médical antique et l'idée moderne. Nous espérons en avoir dit assez cependant, pour faire pressentir aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* que c'est là une œuvre sérieuse, et qui est digne d'être sérieusement méditée. Si nous ne nous trompons, M. Paul-Emile Chauffard est jeune encore, il a devant lui un immense avenir ; un si brillant début dans la science oblige. Qu'il marche donc, et que, dans une œuvre plus profondément élaborée encore, et qui aille davantage au fond des choses, l'intelligent traducteur de Borsieri dote la science qu'il aime, et qu'avec raison il place si haut, d'un ouvrage original où sa pensée se montre plus indépendante : un peu plus de liberté dans les formes du style, comme un peu moins d'archaïsme dans la manière de comprendre les choses, y aidera. Mais surtout, et c'est là le seul conseil que nous nous permettons de lui donner, que son admiration si légitime pour le père de la médecine n'obscurcisse pas à ses yeux prévenus la réalité des découvertes modernes ; que cette admiration ne dégénère pas en une sorte de nostalgie du passé, comme nous l'avons dit déjà, et qu'il ne regrette pas trop les oignons d'Égypte.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Vertiges nerveux sympathiques de troubles gastriques; — leur traitement par les alcalins et les amers. — Il est certaines maladies dont le traitement présente tout d'abord aux praticiens de grandes difficultés, et cela parce que leur attention n'a pas été appelée, pendant le cours de leurs études cliniques, sur les effets pathogéniques des réactions sympathiques des organes les uns sur les autres. Cette lacune de l'enseignement, M. le professeur Trousseau cherche à la combler, en ne laissant échapper aucune occasion de mettre en relief l'importance de cette source précieuse d'indications thérapeutiques. En voici un nouvel exemple. Une femme d'environ cinquante-sept ans, d'une bonne santé habituelle, quoique d'une complexion délicate, était devenue dyspeptique il y a trois mois; les digestions étaient laborieuses, sans vomissements, mais fréquemment suivies d'un peu de diarrhée. Cette femme est arrivée, il y a vingt jours, de Picardie en chemin de fer. Le bruit et les sifflets de la locomotive, le mouvement de lacet du wagon, ont déterminé chez elle des maux de cœur, des nausées, mais principalement un phénomène nerveux qui l'a beaucoup épouvantée. Il lui a semblé qu'elle s'*abîmait dans la tête*. C'est ainsi qu'elle a défini les éblouissements vertigineux, la sensation toute particulière de malaise à laquelle elle s'est trouvée en butte durant tout le trajet de son voyage.

Cet état a persisté, et elle est entrée huit jours après à l'Hôtel-Dieu. Qu'avait-elle donc? Un vertige spécial, très-commun, peu étudié, souvent méconnu, facile à guérir; en un mot, le vertige *à stomaco læso*. Cet accident nerveux, dit M. Trousseau, se produit dans l'un et l'autre sexe indifféremment, mais presque toujours chez des sujets ayant commis des excès de table, de veilles et de plaisir. Les fonctions digestives sont préalablement troublées; il y a un sentiment de chaleur inusitée, d'ardeur à l'épigastre, des éructations acides non nidoreuses, de la constipation ou de la diarrhée, et du côté de l'appareil nerveux des étourdissements, qui se traduisent ordinairement de la manière suivante: le malade reste-t-il dans l'immobilité, il n'éprouve rien; mais veut-il regarder au-dessus de lui, aussitôt tous les objets semblent tourner, et, à ce moment même, il survient des maux de cœur. Il n'a alors qu'à incliner la tête en bas, à fermer les yeux, à rester immobile pendant une minute, et tout disparaît. S'agite-t-il brusquement pour regarder ce qui se passe derrière lui; le vertige, les maux de cœur et les vomissements apparaissent. Est-il couché, a-t-il

un sommeil agité, un rêve pénible qui lui fasse faire de rapides mouvements ; le lit tournera de haut en bas, dans le sens vertical, et le malade, comme à la broche, croira décrire un cercle rotatoire. Passe-t-il dans une rue dans laquelle se trouve un mur grillagé, une longue file de barreaux ; entre-t-il dans une antichambre aux tentures bariolées de lignes verticales un peu miroitantes ; ses yeux viennent-ils à se fixer sur des étoffes glacées, enluminées de couleurs vives et représentant des groupes de fleurs très-voyantes, les nausées et les accès vertigineux manqueront rarement.

Le malade se baisse-t-il en ployant son corps, rien de semblable ne se manifeste, alors même que la face se se serait injectée et que les veines du front seraient devenues fort saillantes ; mais vient-il à se relever et à regarder en haut, le vertige apparaît presque infailliblement. Le mal de cœur, dans tous les cas que je viens de citer, est intolérable ; il ressemble au mal de mer, ou plutôt à l'incertitude nauséeuse qui précède le mal de mer.

Qu'est-ce, en somme, que ce bizarre phénomène ? Je n'en sais rien, et la chose ne me paraît pas facile à dire ; mais je compare cela à la maladie du vaisseau, à la sensation toute spéciale qu'on éprouve après avoir valsé, à l'engourdissement qui succède au jeu de l'escarpolette, à ces éblouissements qui vous obligent à fermer les yeux lorsque vous tournez sur des chevaux de bois ; mais il n'y a pas dans tout cela imminence de congestion cérébrale, menace d'apoplexie. C'est un phénomène nerveux se passant dans l'appareil nerveux, une affection temporaire et superficielle de ce système.

Qu'observe-t-on chez ces malades ? Qu'ils guérissent avec ou sans l'intervention de la médecine, et quelquefois envers et malgré cette intervention ; qu'ils ne conservent bientôt plus que le souvenir de leur épouvante, et qu'ils rechutent souvent.

Quand un homme accuse un mouvement violent de sang aux yeux, qu'il a des éblouissements, des tintements d'oreilles, de la rougeur à la face, des battements artériels très-forts, une pesanteur universelle, de l'hébétude, des fourmillements dans les pieds et dans les mains, qui augmentent au lit, et qu'il n'a ni nausées ni vomissements, j'avoue que cet ensemble de prodromes m'en impose, et que je songe, en ce cas, à une congestion probable ; mais est-ce la même chose ici ? D'ailleurs, le mouvement congestif auquel je fais allusion est un acte rapide, soudain, qui s'observe chez les femmes à l'âge de la ménopause ou quelques heures avant l'écoulement des menstrues ; chez les goutteux, les hémorrhoïdaires, les sujets à affections fluxionnaires quelconques ; mais vous ne voyez jamais de phénomènes ner-

veux, et surtout le vertige qui nous occupe, venir se greffer sur ce concours de dispositions particulières.

Certes il est des maladies que l'on traite bien piteusement, mais je ne sache pas qu'il en soit une dans tout le cadre nosologique plus mal soigné que le vertige *à stomaco læso*. Un malade vient vous consulter : il est effrayé, il vous effraye vous-même. Vous croyez découvrir dans ce qu'il éprouve l'avertissement précurseur d'une apoplexie imminente, et vous vous empressez de lui ouvrir la veine, de lui poser des sangsues, de lui administrer des purgatifs drastiques. Vous avez aggravé sa position ; il va tomber dans un état de vertige continuel.

J'ai dit cependant que c'était facile à guérir. Oui, mais à la condition expresse que vous ne perdrez jamais de vue l'existence des troubles gastriques, de la légère hypertrophie du foie, qui se rencontre quelquefois ; la femme du n° 29 *bis* en est un exemple, et que vous dirigerez vos moyens thérapeutiques du côté de l'estomac.

Il y a une méthode qui réussit fort bien. Elle n'est pas de moi, mais je la tiens d'un homme pour qui je professe la plus profonde estime et envers lequel je suis lié par un grand amour, M. Bretonneau. Il traitait, il y a trente ans, un de ses amis, naturaliste très-distingué, qu'un vertige dyspeptique tourmentait fort souvent, et il le traitait infructueusement, lorsque cet ami dit un jour à son médecin que, s'étant aperçu que ses vomissements étaient glaireux et acides, il avait pris des pastilles de Vichy et de la magnésie, et que sous l'influence de cette médication, ses vertiges avaient notablement diminué. M. Bretonneau comprit de suite ; il expérimenta une méthode de traitement par les alcalins et les amers, et il la formula bientôt après en avoir obtenu des résultats constamment heureux. La voici :

Bicarbonate de soude....................	de 0,50 à 0,60
Carbonate de magnésie (1)................	de 0,25 à 0,30

Préparez neuf paquets semblables ; en prendre un le matin, un dans la journée et un le soir, à un moment éloigné des repas, délayé dans un peu d'eau sucrée.

Après cette prescription vient l'infusion amère, qui se prépare ainsi :

Copeaux de quassia amara................. 2 grammes.

(1) La magnésie calcinée ne convient pas à l'addition du bicarbonate de soude.

Infusez à froid pendant douze heures dans un demi-verre d'eau, puis décantez et sucrez. Boire la moitié de cette infusion au début du déjeuner et du dîner, pendant dix ou douze jours.

Dans la presque universalité des cas, ces moyens réussiront à merveille. Notre malade de la salle Saint-Bernard, entrée il y a douze jours à l'Hôtel-Dieu, est aujourd'hui parfaitement rétablie.

Je dois vous avertir en terminant, dit M. Trousseau, que le vertige *à stomaco læso* est une névrose sans gravité, bien qu'elle épouvante beaucoup les malades et leur famille, mais qu'elle est sujette à de fréquentes récidives et qu'il convient de recourir *préventivement* à cette médication tous les deux ou trois mois, et de ne jamais attendre le développement des accidents; ils manqueraient trop rarement de se produire.

EMPLOI DU DATURA CONTRE LA CONSTIPATION QUI ACCOMPAGNE LA DYSPEPSIE. — Pitcairn a défini le but de la médecine par l'aphorisme suivant : «Une maladie étant donnée, trouver son remède.» Il eût été plus vrai en disant un *malade*; car autour d'une affection principale viennent presque toujours se grouper une série d'états pathologiques secondaires, qui tantôt empêchent de mettre en œuvre le remède classique, d'autres fois forcent le praticien d'y ajouter des moyens thérapeutiques spéciaux, indispensables pour assurer le traitement de l'affection principale. Ainsi, dans les cas de dypepsie, rien de plus fréquent que l'existence de la constipation. Quoique le résultat du trouble gastrique, elle ne cède pas au traitement de la dyspepsie, et réclame son moyen thérapeutique particulier; aussi, après avoir prescrit l'emploi des alcalins et des amers, signalés plus haut par M. Trousseau, l'illustre médecin de Tours ajoute : Dans les cas de constipation, on obtient utilement la cessation de la constipation par l'emploi des pilules de 1 centigramme d'extrait de datura qu'il formule ainsi : Pendant trois jours, une pilule; pendant cinq jours, deux; et, si le ventre ne devient pas un peu plus libre, on arrivera à trois petites pilules. Chacune de ces doses quotidiennes, qui ne doivent pas être fractionnées, est prise le matin, au début du premier repas.

KYSTE DE L'OVAIRE TRAITÉ PAR UNE NOUVELLE MÉTHODE.—M. Barth a communiqué à l'Académie le fait suivant, qui ajoute aux ressources thérapeutiques mises en œuvre dans les cas d'hydropisie ovarienne. La nommée Anette Aguerre, âgée de trente-sept ans, concierge, rue des Colonnes, 5, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe,

n° 43, pour une varioloïde qui n'a offert aucune particularité digne d'être notée. Cette femme est habituellement assez bien portante. Elle fut réglée pour la première fois à seize ans, et l'établissement de la menstruation fut difficile. Elle a eu quatre enfants, et tous ses accouchements ont été laborieux. La dernière grossesse remonte à deux ans, l'accouchement se fit à terme, mais l'enfant était mort. La malade assure que, pendant cette grossesse, le volume du ventre dépassait de beaucoup celui qu'il avait eu dans les grossesses antérieures, et que, depuis, il a toujours été en augmentant. Elle ne peut préciser autrement ni l'époque du début, ni quelque point limité de l'abdomen où se serait manifesté une tumeur. Après le dernier accouchement, les règles reparurent aux époques habituelles pour cesser brusquement, il y a huit mois, à la suite d'une vive contrariété. Le volume de l'abdomen continua à augmenter graduellement.

L'état général restait satisfaisant, l'appétit était conservé, pas d'œdème aux membres inférieurs, aucune douleur dans l'abdomen, mais seulement quelques tiraillements dans les lombes, la gêne causée par le volume et le poids de l'abdomen et un certain degré de dyspnée causé par le refoulement en haut du diaphagme. Il y avait aussi constipation habituelle et un peu de gêne dans l'émission des urines.

Malgré l'excessive distension de l'abdomen, malgré l'absence de renseignements sur le siége précis du début, il est facile de reconnaître un kyste volumineux et uniloculaire de l'ovaire. On constate de la matité au point culminant de l'abdomen, et on la retrouve de tous côtés en partant de ce point jusqu'à ce que, arrivé aux limites de tumeur, dans les points les plus déclives, on obtienne un son clair indiquant la présence des intestins.

L'isolement des phénomènes pathologiques, l'âge peu avancé de la malade, son état général satisfaisant, devaient faire songer à la cure radicale. Une ponction simple eût sans doute été insuffisante, il eût fallu la renouveler plusieurs fois. Une injection iodée ne pouvait être tentée dans une poche aussi volumineuse, sans crainte de voir se développer les accidents d'un véritable empoisonnement ; le liquide irritant pouvait, par le retrait de la tumeur, s'épancher dans le péritoine. Voici le procédé qui fut mis en usage : un trocart courbe sur le plat, assez analogue à une sonde à dard, fut plongé dans le kyste, sur la ligne médiane de l'abdomen, à quelques travers de doigt au-dessus de la vessie (d'ailleurs vidée préalablement). Le poinçon étant retiré provisoirement, je fis exécuter à la gaîne un

mouvement de rotation en vertu duquel sa concavité se trouvait placée en avant ; à ce moment, j'introduisis de nouveau le poinçon, dont l'extrémité perfora une seconde fois la double paroi du kyste et de l'abdomen, mais, cette fois, de dedans en dehors. Le poinçon, étant retiré définitivement, je laissai écouler une certaine quantité de liquide, mais je conduisis à travers la gaîne de l'instrument un fil métallique entraînant à sa suite un tube extrêmement flexible de caoutchouc, tube muni de deux yeux à sa partie moyenne destinée à reposer dans la cavité du kyste, afin de faciliter l'écoulement du liquide ; celui-ci put ainsi être versé continuellement au dehors par l'une des extrémités du tube pendantes au dehors.

La ponction a été pratiquée le 19 mars. Il s'est écoulé, pendant l'opération et dans la journée, par le tube, un liquide brun foncé, épais et visqueux, dans lequel l'examen chimique a fait reconnaître une quantité considérable d'albumine et la matière colorante du sang. La quantité de liquide évacué a rempli environ un seau ordinaire. Dans la journée, il se manifeste quelques douleurs abdominales assez vives, mais elles cèdent à l'application d'un cataplasme fortement laudanisé. — Julep diacodé ; repos absolu ; bouillon.

11. Pouls à 130, un peu de chaleur à la peau, douleur limitée au niveau des orifices de ponction, pas de coliques, pas de nausée. Le liquide continue à s'écouler, mais en très-petite quantité.

12, 13, 14. Même état ; un peu de douleur à la pression au niveau des orifices.

15, 16. Le liquide s'écoule en très-petite quantité et se décolore graduellement. — Bouillons, potages.

17. La malade ne ressent plus aucune douleur. Pouls à 85 ; constipation. — Émulsions d'amandes douces ; demi-lavement émollient ; une portion.

18. Il n'y a plus aucun signe de péritonite locale. On injecte par le bout supérieur du tube le contenu d'une seringue d'eau tiède. Il sort par le bout inférieur une petite quantité d'un liquide blanc verdâtre, très-épais, qui se prend en masses rubanées quand on le verse dans l'eau.

19. Même injection.

20. L'état général est des plus satisfaisants, la malade se lève.

21. Deux portions.

28. Injection iodée pour la première fois. Une petite quantité seulement de liquide irritant pénètre dans la cavité du kyste, qui paraît n'avoir plus qu'une très-petite étendue. Aucun accident.

31. Deuxième injection iodée. La quantité qui pénètre est encore moins considérable que la fois précédente.

La méthode employée dans ce cas offre plusieurs avantages : 1° elle permet de maintenir le kyste appliqué contre la paroi abdominale ; 2° elle laisse une issue continuelle au contenu de la poche, ce qui favorise le retrait de la tumeur ; 3° elle donne toute facilité pour ajouter à la simple évacuation du liquide les injections iodées dont on n'a plus à craindre l'épanchement dans le péritoine, et que l'on peut répéter aussi souvent qu'on le juge convenable, sans danger de produire l'inflammation d'une trop vaste surface.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amputation *de la jambe au niveau des malléoles*. M. Nélaton a montré à sa clinique le moule en plâtre d'une jambe amputée dans l'épaisseur des malléoles sur un soldat russe blessé au siége de Sébastopol. Ce militaire avait eu l'astragale broyé par une balle dans une sortie, et les chirurgiens français, qui lui donnèrent des soins, amputèrent la jambe au niveau même des malléoles. Les deux os furent sciés à un centimètre au-dessus de l'articulation, et la surface résultant de cette section fut recouverte par un épais lambeau emprunté aux parties molles du talon. Ils obtinrent ainsi un moignon à base large, garni d'un très-bon coussinet, et qui, grâce à l'usage d'un brodequin élevé, dispense l'opéré de porter tout autre appareil prothétique.

Frappé des avantages de cette opération, M. Nélaton l'a pratiquée le 10 décembre dernier dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme âgé de dix-neuf ans était entré à la Clinique, le 22 octobre 1855, pour une carie astragalienne. Il y a quatre ans, ce jeune homme, qui porte les stigmates de la scrofule, s'était déjà présenté dans le même hôpital pour une tumeur blanche du pied. M. Nélaton reconnut alors chez lui une nécrose considérable du calcanéum, et, jugeant que l'étendue du séquestre compromettait l'articulation calcanéo-sous-astragalienne, ce chirurgien se décida à retrancher toute la partie antérieure du pied par la méthode de Symes. Après trois ou quatre mois de traitement, le malade quitta le service avec un moignon bien conformé. Il pouvait même se rendre sans difficulté de Grenelle à Paris, et se livrer à des exercices variés. Il a continué d'aller ainsi pendant trois ans, mais il y a quatre à cinq mois, des douleurs sont survenues dans le moignon, des fistules se sont produites, et il est devenu évident que la face inférieure de l'astragale était dénudée. Dans ces conditions, on pouvait désarticuler l'astragale et reséquer les deux malléoles ou amputer la jambe au-dessus de ces malléoles. La première opération est d'une exécution simple, mais elle a un grand inconvénient, c'est de laisser des surfaces cartilagineuses, dont l'exfoliation est excessivement lente et qui tient les malades sous le coup de suppurations abondantes et prolongées. La seconde opération est assurément préférable, et, comparée surtout à l'amputation de la jambe au lieu d'élection, c'est une excellente opération, en raison du peu de traumatisme auquel elle donne lieu. Cependant elle a pour les gens pauvres, exposés à de rudes travaux, un côté fort désavantageux, c'est de donner un moignon très-long, recouvert par une mince couche de parties molles et qui exigent l'intervention d'un membre artificiel dispendieux et trop compliqué.

Pour échapper à ces deux écueils, M. Nélaton a pensé que l'amputation faite à un centimètre au-dessus de l'articulation aurait tous les avantages de la désarticulation, sans avoir l'inconvénient de conserver des surfaces cartilagineuses. Il a fait une section demi-circulaire à la partie antérieure du premier moignon ; il a dirigé le trait

de scie comme il a été dit ci-dessus et conservé l'artère tibiale postérieure dans son lambeau. Seulement, ce lambeau étant un peu trop considérable, il a été nécessaire d'en retrancher l'excédant. Le malade a été pansé simplement au bout d'une heure; il ne souffrait pas; du sang s'est accumulé dans la concavité des parties molles; le lendemain on a fait sortir ce sang, puis, quelques jours plus tard, du pus de bonne nature s'est formé; on soutenait le lambeau avec une talonnière en gutta-percha; et, sous l'influence de ce moyen, la réunion s'est faite avec une grande régularité. Aujourd'hui, ce jeune homme présente un moignon non moins beau que celui dont le moule a été apporté de Crimée, et le résultat définitif de l'opération ne sera pas moins satisfaisant dans ce cas que dans l'autre.

Il nous reste à dire que chez l'opéré de M. Nélaton, l'astragale, à part l'altération dont il était le siége et qui tenait à la constitution peu favorable du sujet, s'était modifié de la façon la plus heureuse pour remplacer le calcanéum. Au lieu d'être concave, sa face inférieure était devenue convexe; elle s'était arrondie; les vides avaient été comblés par du tissu fibreux, en sorte que le fait dont il s'agit démontre expérimentalement la légitimité des espérances qu'a fait concevoir la méthode de Symes appliquée aux lésions partielles du pied. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

Arnica montana (*Emploi de l'*) *chez les enfants contre les épanchements séreux.* Dans un coup d'œil rapide jeté sur sa pratique à l'hôpital des Enfants de Munich, le professeur Hauner signale, entre autres faits intéressants, les résultats remarquables obtenus avec l'arnica montana contre les exsudations séreuses chez les enfants. Deux enfants apportés à l'hôpital, avec des épanchements pleurétiques méconnus, dans un état de faiblesse tel qu'on n'osait faire la thoracenthèse, ont guéri entièrement par l'arnica. De même une femme d'une vingtaine d'années. Un troisième enfant, atteint d'un épanchement arachnoïdien, a vu celui-ci disparaître lentement sous l'influence de l'arnica. Dans tous ces cas, il faut de la persévérance, car ces affections ne peuvent cesser rapidement. Quant à la dose, Pr. fleurs d'arnica, 2, 4 à 6 grammes pour 60 à 90 grammes d'infusion; sirop de sénéga, 15 grammes; à prendre une cuillerée toutes les deux heures. Chez la femme adulte, la dose était de 15 grammes de fleurs. (*Un. méd*, mars.)

Belladone. *Formule du traitement de l'épilepsie par M. Bretonneau.* Il ne suffit pas de dire qu'un médicament est spécifique, quand il s'agit de combattre une maladie; on nous met en état de la guérir alors seulement qu'on nous enseigne la meilleure manière de le donner, les précautions à prendre et les règles à suivre. Ces paroles de Baglivi s'appliquent parfaitement à l'emploi de la belladone dans le traitement de l'épilepsie; elles nous engagent à consigner ici la formule d'un éminent praticien, M. Bretonneau, de Tours, traitement qu'ont adopté MM. Blache et Trousseau.

Vous prescrivez :

Extrait de belladone } āā 1 centigr.
Poudre de belladone }

pour une pilule.

Le premier mois, le malade prend une pilule ainsi composée, le soir en se couchant; le soir plutôt que le matin, parce que l'épilepsie est plus souvent nocturne que diurne, et qu'ensuite la belladone, devant être administrée à doses croissantes, expose le malade à moins d'incommodités, quand on la donne à l'entrée de la nuit. Le deuxième mois, deux pilules au lieu d'une; le troisième mois, trois pilules; le quatrième, quatre, toujours à la fois, quel qu'en soit le nombre : ce détail est capital. Si la dose du médicament paraît trop élevée, trouble la vision, produit un sentiment d'âcreté à la gorge, vous rétrogradez et n'augmentez la dose que tous les deux mois. Vous arrivez ainsi au bout de l'année au chiffre de sept ou huit pilules chaque soir, et vous appréciez alors l'influence de la médication. Les familles ont un registre sur lequel elles inscrivent jour par jour le nombre, la forme et l'intensité des attaques ou des vertiges, et lorsque, après un an de traitement, vous constatez une diminution dans la force et le nombre des attaques, une modification heureuse dans leur forme, vous insistez sur l'emploi de la belladone pendant deux, trois, quatre ans de suite, en augmentant tous les deux ou trois mois la quantité de la substance active d'un centigramme, jusqu'à doses intolérables.

C'est ainsi qu'avec une patience de plusieurs années vous réussissez à lutter contre une maladie ancienne et

tenace, et quand vous avez le bonheur d'obtenir la cessation entière des attaques, vous suspendez la médication pendant un mois pour la reprendre pendant quinze jours; puis vous laissez deux mois de repos suivis de quinze jours de traitement, et ainsi de suite, en augmentant progressivement ces intervalles, mais sans jamais abandonner l'administration de la belladone d'une manière absolue.

M. Trousseau a traité de cette manière plus de cent cinquante malades. Il en a toujours huit ou neuf à la fois qui s'astreignent aux exigences de cette méthode, et sur ces cent cinquante, il en a guéri vingt, ou du moins on peut s'assurer que les attaques ou vertiges d'épilepsie ont été complétement suspendus depuis quatre ou cinq ans chez ces individus. (*Revue de thér. méd.-chir.*)

Diarrhée *habituelle des enfants et des adultes* (*Bons effets du colombo dans la*). Chez les enfants, une nourriture de mauvaise qualité détermine un catarrhe de l'intestin ou une colite dyssentérique; à force de récidiver par la même cause, il se développe finalement un état de laxité, d'atonie des intestins, se manifestant par une diarrhée tantôt séreuse, tantôt lientérique, et finalement par l'atrophie. Cet état cède ordinairement aux préparations ferrugineuses, mais surtout à l'usage prolongé du colombo. M. le professeur Hauner, auquel nous empruntons ces détails, donne le colombo comme suit : Pr. racine de colombo, 0,50 à 1 gramme; eau, de 30 à 50 gr.; faites bouillir; ajoutez sirop d'écorce d'orange, 15 grammes. Une à deux cuillerées à café d'heure en heure; ou bien : Pr. extrait de colombo, 0,30 à 0,40; eau de cannelle, 50 grammes; sirop d'écorce d'orange, 15 grammes, à prendre comme le précédent. (*Union méd.*, mars.)

Érésypèle (*Traitement de l'*) *par les toniques et les stimulants.* Encore un traitement auquel les idées généralement reçues parmi les médecins français, relativement à la nature de l'érésipèle, ont grand' peine à se conformer. L'érésypèle est une inflammation et comme telle semble réclamer les antiphlogistiques. Telle n'est pas cependant l'opinion de ceux qui ont proposé récemment le perchlorure de fer et moins encore de M. Todd. Défalcation faite, dit ce savant médecin, d'un premier groupe d'érésypèles qui se terminent spontanément et dans un temps très-court, et des érésypèles d'un second groupe, dans lesquels la mort est certaine, quoi qu'on fasse, les autres groupes d'érésypèles, et principalement ceux qui s'accompagnent d'un épuisement marqué, ceux qui arrivent surtout à la suppuration, réclament, non pas les antiphlogistiques ni les dérivatifs sur le tube intestinal, comme on le fait généralement, mais bien une alimentation généreuse et des stimulants; ainsi du thé de bœuf, quelques alcooliques, de l'eau-de-vie principalement, en quantités déterminées et à courts intervalles, et dans le cas où les médicaments deviennent nécessaires, l'ammoniaque, le quinquina ou l'éther chlorique, sous les formes les plus agréables ou du moins les moins blessantes pour l'estomac. Le thé de bœuf et l'eau-de-vie doivent être administrés à des intervalles déterminés, à petites doses, de 60 à 90 grammes du premier, de 8 à 15 ou 30 grammes du second, dans une petite quantité d'eau. Il faut tenter en général d'administrer à la fois deux espèces de boissons alcooliques ou d'aliments, et rester en delà de la puissance digestive du malade, dans la crainte d'exciter des symptômes dyspeptiques, des nausées, des maux de cœur, du hoquet, de la flatulence. Pas d'inconvénient à commencer ce traitement dès le début de la maladie, au contraire. Nul besoin de se préoccuper de l'état des organes digestifs, sauf de la constipation, que l'on combat par des lavements ou un peu d'huile de ricin. Nous avons cru devoir faire connaître la manière si différente de la nôtre, suivant laquelle le traitement de l'érésypèle est envisagé en Angleterre. Sans adopter d'une manière générale les idées de M. Todd, nous ne sommes pas éloigné de croire cependant qu'il peut se présenter telles circonstances dans lesquelles un traitement stimulant de ce genre trouverait utilement sa place. (*Med. Times and Gaz.*)

Gangrène (*Faut-il toujours amputer un membre affecté de*). Bien que les auteurs classiques de chirurgie aient formulé une conclusion négative, de temps en temps cette question est remise en discussion. M. Bardinet, professeur à l'école de Limoges, a lu à la Société de la Haute-Vienne un mémoire qu'il résume de la manière suivante : les succès qu'il a obtenus

sont certes les meilleurs arguments qu'il puisse invoquer à l'appui de la thèse qu'il défend. « Je rapporte, dit-il, dans ce mémoire huit nouveaux cas de sphacèle (deux au doigt, trois à l'avant-bras, trois à la jambe), dans aucun desquels l'amputation n'a été pratiquée. On s'en est remis à la nature du soin d'éliminer les parties mortes; seulement, on lui est venu activement en aide par l'emploi des désinfectants ordinaires, et surtout en reséquant de bonne heure les parties mortes près du cercle éliminatoire. Dans ces huit cas, il y a eu guérison. Avec l'amputation, d'une part, il est infiniment probable qu'un certain nombre de malades seraient morts; d'autre part, plusieurs d'entre eux, par suite de l'obligation où l'on est d'amputer plus haut que le cercle éliminatoire, auraient été privés d'une partie de leurs membres (le genou, par exemple, et la partie supérieure de l'avant-bras), qu'ils sont heureux d'avoir pu conserver. Il ne faut donc pas toujours amputer dans les cas de sphacèle. On doit surtout ne recourir à l'amputation qu'avec une extrême réserve, dans les cas de gangrène spontanée, parce qu'alors, quoi qu'on fasse, et même après l'établissement du cercle éliminatoire, on n'est jamais sûr que la gangrène ne reparaîtra pas, et qu'on ajoute inutilement ainsi la douleur et les dangers d'une opération grave à la douleur et aux dangers de la maladie première; parce que la crainte d'amputer sur des parties dont les vaisseaux soient malades oblige à faire remonter la section à une assez grande hauteur et entraîne ainsi, très-inutilement parfois, le sacrifice de parties qu'on aurait pu conserver, et dont la perte est regrettable; parce que la gangrène peut atteindre successivement plusieurs membres, tous les membres même, et qu'on se trouve alors réduit à pratiquer une série de mutilations déplorables; parce que, au contraire, en se bornant à couper les parties mortes près du cercle éliminatoire, on fait une opération toujours praticable et toujours utile, puisqu'elle débarrasse le malade d'un foyer d'infection; parce qu'on ne s'expose pas à faire une amputation dont tous les bénéfices seront perdus si la gangrène fait de nouveaux progrès; parce qu'on n'enlève pas sans nécessité des parties que le malade a grand intérêt à conserver; parce que, enfin, on a la faculté de faire une véritable amputation si on voit qu'elle devient nécessaire. »

(*Bull. de la Soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne*, 1855.)

Kératite panniforme (*Emploi du perchlorure de fer dans le traitement de la*). Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître combien guérissent difficilement certaines inflammations de la cornée, surtout celles qui débutent sous une forme chronique et s'accompagnent de ces productions vasculaires qui ont valu à cette variété de la maladie le nom de *kératite panniforme*. Pour combattre les inflammations chroniques et vasculaires de la cornée, on a successivement recours à des collyres variés, aux révulsifs autour de l'orbite ou sur les paupières, à la cautérisation annulaire de la cornée et à l'excision des vaisseaux; mais aucun de ces moyens n'est d'une efficacité bien certaine. Nous estimons donc que M. Follin a rendu un véritable service à la pratique, en introduisant dans le traitement de cette affection un nouvel agent plus puissant que ceux que nous avons énumérés, le perchlorure de fer. M. Follin a été conduit à son emploi par la notion des propriétés éminemment astringentes de ce médicament et par l'espérance de produire quelque effet coagulant sur le contenu des vaisseaux si fins qui s'étendent de la conjonctive à la cornée. La solution de perchlorure de fer dont il s'est servi est la solution de perchlorure neutre à 30° de Baumé. Quant au mode d'emploi, M. Follin porte, tous les deux ou trois jours, dans l'œil, une large goutte de cette solution, à l'aide d'un tuyau de plume. La constriction des paupières, qui suit l'introduction de ce collyre dans l'œil, commande qu'on prenne les précautions nécessaires pour introduire du premier coup une quantité suffisante de liquide. La goutte de perchlorure s'étale rapidement à la surface de l'œil, qui se colore d'une teinte jaune assez vive. Le contact du collyre ferrique avec la muqueuse oculo-palpébrale est promptement suivi d'une assez vive douleur, ou plutôt d'une sensation de constriction énergique. Cette constriction douloureuse dure un quart d'heure environ; ce temps écoulé, elle diminue peu à peu. Durant quelques heures encore, le malade ressent dans l'œil une chaleur assez vive qui s'éteint complétement à la fin du jour. En même temps, la rougeur de l'œil devient plus vive, et il est facile de remarquer que l'instillation du perchlorure de

fer a amené dans l'organe une phlogose momentanée.

Dans quelques cas, on constate dès le lendemain une gêne moins marquée dans l'œil; mais, le plus souvent, il n'y a aucun changement dans l'état anatomique des parties; quelquefois même on constate une légère excitation de la phlegmasie. Quoi qu'il en soit, il faut ce jour-là s'abstenir de toute application nouvelle de perchlorure et se borner à des applications froides et légèrement astringentes sur l'œil. La décoction de ratanhia est bien indiquée et facilement supportée par les malades. Il convient le plus souvent de ne faire une nouvelle application de perchlorure qu'au bout de deux, trois ou quatre jours. Il faut se guider, dans ce cas, sur la diminution ou la cessation des phénomènes aigus que ramène l'application du collyre ferrique. C'est, en général, au bout de deux ou trois instillations qu'on commence à constater une certaine amélioration; et, après ce nombre, après une douzième au plus, la guérison a lieu le plus généralement. Ce qu'il y a d'ailleurs de remarquable dans ce moyen, c'est qu'il n'est jamais suivi d'accidents; et lors même que le collyre ne peut être supporté, il n'aggrave jamais l'état morbide de l'œil. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Lavements de vin (*Nouveau fait à l'appui de l'emploi des*). Nous voyons avec plaisir se généraliser cette excellente pratique, dont l'idée appartient à notre collaborateur, M. Aran, et dont les résultats ont été quelquefois si remarquables. Le fait suivant, que nous empruntons à M. Herpain, est bien de nature à engager les médecins à y recourir dans les cas en apparence les plus graves.

Le 25 novembre dernier, ce médecin reçut dans son service un soldat qui avait successivement fait plusieurs maladies graves, et qui enfin était arrivé à la dernière période d'une variole confluente dont il relevait à grand'peine, lorsque des symptômes de gastro-entérite, puis de péritonite se déclarèrent et acquirent en peu de temps des proportions si menaçantes, qu'à partir de ce moment le pronostic fut des plus fâcheux. C'était le 7 février. Le malade accusait des douleurs dans toute la région abdominale, douleurs qui lui arrachaient des gémissements, lorsqu'on les exaspérait par la pression; le ventre était affaissé dans les deux fosses iliaques, légèrement soulevé vers l'ombilic, partout rénitent; la constipation était persistante, l'appétit nul, et les vomissements, souvent spontanés, se renouvelaient à chaque ingestion de liquide. L'état général était des plus alarmants : maigreur poussée jusqu'au marasme; abattement et faiblesse très prononcés; peau d'un jaune sale, offrant une sensation de sécheresse particulière; pouls petit, mou, fréquent, à 100; respiration accélérée et inégale; frisson de peu de durée, revenant cinq ou six fois pendant les vingt quatre heures.

Cet état durait depuis plusieurs jours, et les tristes prévisions semblaient devoir se réaliser d'autant plus tôt que la susceptibilité gastrique et l'affaiblissement augmentaient à chaque instant, lorsque M. Herpain eut l'idée d'employer les lavements de vin : frictions mercurielles, cataplasmes émollients sur le ventre, diète et repos absolu, quart de lavement de vin vieux de Bordeaux, renouvelé trois fois par jour. Cette médication n'amena pendant les premières vingt-quatre heures aucune amélioration; le second jour, il se manifesta même une diarrhée avec épreintes, qui paraissait due à l'action irritante du vin sur le gros intestin, et qui obligea à suspendre les lavements. Ce fut alors que M. Herpain crut devoir ajouter 60 grammes de sirop simple aux 100 grammes de vin qui composaient les trois petits lavements. Grâce à cette modification, les lavements ne furent plus rejetés et la diarrhée ne tarda pas à s'arrêter. A partir du 12 février, amélioration marquée, dont les progrès d'abord lents se prononcèrent davantage par la suite, de sorte que le 2 mars, le malade put être considéré comme entrant en convalescence. C'est à cette époque qu'on lui accorda pour la première fois une bouillie, car il avait déjà supporté trois jours de suite un bouillon qui lui avait été donné par cuillerées, d'abord d'heure en heure, puis toutes les demi-heures et enfin tous les quarts d'heure. Le régime de cet homme a continué d'être surveillé avec la plus grande attention. (*Journ. de médecine de Bruxelles*, avril.)

Ophthalmie *purulente des enfants* (*Preuves des avantages de la méthode agissante dans le traitement de l'*). L'occlusion des paupières, comme méthode thérapeutique, soulevait tout d'abord une question importante de pathologie générale; la part qu'on doit faire à l'influence du repos fonctionnel sur la marche spontanée

des maladies. M. Bouvier, dans son discours à l'Académie, l'a esquissé pour les phlegmasies oculaires, en abordant l'étude des effets de l'occlusion naturelle au point de vue physiologique, fonctionnel et pathologique, et a été amené ainsi à conclure que le triomphe de l'occlusion artificielle était le traitement hygiénique des ophthalmies. Mais de ce que des phlegmasies graves ont guéri par le simple repos fonctionnel de l'organe, par la seule précaution de couvrir l'œil de son voile naturel; il n'en est pas moins évident qu'il est des limites auxquelles il faut savoir s'arrêter dans cette voie, et M. Bouvier en fournit la preuve, en traçant les effets de l'occlusion pathologique qui accompagne l'ophthalmie purulente chez les enfants il montre que la méthode expectante, hygiénique, serait non-seulement insuffisante mais dangereuse, et qu'il est indispensable, dans les cas de blenophthalmie, de recourir à la méthode substitutive. En preuve, il cite le relevé suivant des résultats thérapeutiques obtenus dans l'espace de six années, à l'hospice des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg. Ce résumé est dû au docteur Frœbelius, médecin chargé du service des ophthalmies dans cet établissement.

2,718 enfants ont été traités d'ophthalmie purulente, du 1er septembre 1846 au 1er septembre 1852.

1,766 ont été complétement guéris.

736 sont morts de maladies étrangères à l'affection oculaire.

216 ont conservé diverses lésions de l'organe de la vision, telles que taches ou cicatrices de la cornée, synéchie antérieure, etc.; mais, sur ce nombre, 48 seulement ont perdu la vue d'un œil ou des deux yeux.

M. Frœbelius n'a introduit que dans les dernières années le traitement qu'il nomme abortif. Ce traitement consiste, sauf quelques modifications spéciales, en lavages à grande eau, suivant le procédé de M. Chassaignac, et en instillations d'une solution peu concentrée de nitrate d'argent. Or, sur 958 malades, il n'y a eu, les deux dernières années, parmi les enfants qui ont vécu, que 4 enfants restés borgnes ou aveugles, et 45 qui aient conservé des altérations moins graves de l'œil, tandis que les deux premières années avaient donné, sur 925 malades, 39 cécités complètes ou incomplètes et 54 lésions moins profondes, et les deux années suivantes, 5 cas de perte simple ou double de la vue et 69 lésions diverses sur 835 enfants.—Il faut noter que non-seulement un meilleur traitement a été employé les deux ou trois dernières années, mais encore, qu'après les deux premières, les enfants ont été admis à une période moins avancée de la maladie; que, par conséquent, les premières années, un plus grand nombre de cas ont d'abord été abandonnés à la nature.—M. Frœbelius indique des différences encore plus considérables dans la proportion par année des lésions consécutives à l'inflammation, lorsqu'on tient compte de celles qui ont disparu par l'effet du traitement ou qui ont été observées sur les enfants décédés. (*Compte rendu de l'Académie de médecine.*)

Saignée *pratiquée sur la muqueuse nasale; effets et mode opératoire.* Nous saisissons toutes les occasions qui nous sont offertes de rappeler l'attention des praticiens sur les saignées locales, dont les résultats incontestables ont pour base les enseignements de la tradition. Aujourd'hui, c'est le tour de la saignée pratiquée sur la muqueuse nasale, que M. Seutin applique, à l'exemple des anciens, aux cas de céphalalgie, de congestion cérébrale, d'inflammation nasale ou oculaire. Voici le mode opératoire suivi par le sagace chirurgien belge, dans une visite à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, et dont M. Denucé nous fait la description suivante :

Pour cette opération, M. Seutin a imaginé un petit instrument dont la lame se redresse sur le manche. La lame a 4 centimètres de longueur; elle présente un dos uniformément mousse, une extrémité boutonnée, et n'est tranchante que dans une petite portion de 2 à 3 millimètres environ, qui fait une saillie arrondie du voisinage de l'extrémité. L'instrument ressemble assez à une flamme du vétérinaire, dont le tranchant, au lieu de former une pointe lancéolée, est simplement semi-lunaire. Voici comment on s'en sert : la lame est engagée dans les fosses nasales; le dos de l'instrument, appliqué contre la paroi antérieure du nez, glisse de bas en haut; le tranchant se trouve ainsi libre dans la cavité. Lorsque l'extrémité boutonnée de la lame a atteint la voûte nasale, l'instrument est retourné en dedans, de telle sorte que le tranchant rencontre la muqueuse de la cloison; en le retirant vivement, on pratique une incision sur cette muqueuse. Cette manœuvre peut être répétée des deux

côtés. On obtient ainsi une quantité de sang considérable. Si l'on veut prolonger la saignée quelque temps, il est bon de faire aspirer un peu d'eau tiède par le nez. Pour l'arrêter, il suffit de pincer le nez un instant entre deux doigts. M. Seutin a appliqué ce procédé, avec avantage, sur une malade atteinte d'une double inflammation oculaire et d'une céphalalgie intense. (*Journal de médecine de Bordeaux*, avril.)

VARIÉTÉS.

La rentrée prochaine de l'armée d'Orient, si cruellement éprouvée par le typhus, surtout depuis le début de l'année, a éveillé de vives craintes quant à l'importation en France de la terrible épidémie. Les renseignements que nous allons donner sur l'ensemble des mesures prises par le gouvernement rassureront, à cet égard, les villes du midi de la France.

On lit dans le Moniteur la dépêche télégraphique suivante du général Espinasse à l'Empereur, datée de Constantinople, le 21 avril 1856.

« J'ai visité la moitié de nos hôpitaux de Constantinople. Il n'y en a pas de mieux tenus en France. J'ai questionné plusieurs centaines de malades, ils se louent tous des bons traitements qu'ils reçoivent. Le commandement est dans des mains fermes et intelligentes. Tout marche à souhait. La maladie décline rapidement. L'administration est en mesure de recevoir tout ce qui reste de malades en Crimée. »

A la suite de cette dépêche, ce journal ajoute :

« Toutes les dépêches reçues de l'armée d'Orient s'accordent à signaler une très-grande amélioration dans la situation sanitaire, et l'on peut espérer que l'épidémie qui a sévi, pendant ce long hiver, sur nos troupes en Crimée et dans nos hôpitaux de Constantinople va bientôt disparaître entièrement.

« Malgré ces rassurantes nouvelles, le gouvernement a dû prendre des mesures de précaution pour éviter que la rentrée en France de nos soldats ne fût pour nos populations une cause d'appréhension. A cet effet, des camps ont été établis non loin d'Hyères, dans des localités parfaitement isolées, telles que les îles de Porquerolles, de Sainte-Marguerite et Cavallaire. Les troupes feront dans ces camps un séjour plus ou moins prolongé, et n'entreront en France que lorsque l'on sera bien assuré qu'elles ne portent avec elles aucun germe de maladie. Les hommes qui tomberaient malades seront reçus dans les vastes établissements hospitaliers aux îles du Frioul, en rade de Marseille, dans les enclos du lazaret de Toulon et dans le bel hôpital de la marine impériale, à Saint-Mandrier. Nous savons que ces mesures, prises dans l'intérêt de la santé publique, ont été accueillies avec reconnaissance par les populations des Bouches-du-Rhône et du Var, où l'on avait conçu des craintes tout à fait exagérées.

« Les camps de Porquerolles et de Cavallaire ont déjà reçu un grand commencement d'installation. La division de Failly, qui est attendue d'un moment à l'autre, venant d'Eupatoria, doit débarquer à Porquerolles, et tout y est prêt pour la recevoir.

« Des arrivages d'Orient auront lieu aussi, mais sur une bien plus petite échelle, à Cette et à Port-Vendres. Sur ces deux points, on s'est également mis en mesure de pouvoir satisfaire à toutes les éventualités. »

« Les mesures dont il est question dans le Moniteur, dit l'Union médicale, ont été longuement délibérées par le Comité consultatif d'hygiène publique, consulté à cet effet. M. le docteur Meslier, inspecteur général du service sani-

taire, est parti lundi pour Marseille, afin d'assurer l'exécution de ces mesures, de concert avec l'administration de la guerre et de la marine. »

Ces mesures se trouvent ainsi décrites par le Moniteur de l'Armée :

« Avant l'embarquement pour le retour en France, chaque homme est soumis aux soins de propreté les plus attentifs : les bains savonneux y tiennent le premier rang, et ces bains se renouvellent à l'arrivée. Les baignoires nécessaires ont été disposées à cet effet sur les points d'embarquement et de débarquement par les ordres prévoyants de l'administration centrale.

« Les miasmes contagieux se transmettant avec la plus grande facilité par les effets d'habillement et de petit équipement, des instructions ont été données pour le lavage ou la fumigation de tous ceux dont se compose le sac du soldat.

« A l'arrivée dans l'un des camps indiqués pour premier emplacement aux corps de troupes revenus d'Orient, il est passé une revue de santé sévère, où les hommes sont classés en trois catégories : les malades, les douteux et les bien portants. Ceux de la première catégorie sont immédiatement conduits à l'hôpital, et les dispositions ont été prises de telle sorte que, là aussi, les hommes atteints de maladies contagieuses soient séparés des autres. Les effets apportés par ces hommes sont assainis, puis envoyés aux dépôts de leur corps, qu'ils rejoignent eux-mêmes après guérison, avec les effets de lingerie frais que l'hôpital leur a fournis.

« Les hommes de la deuxième catégorie passent à la première ou à la troisième, après un certain nombre de jours d'observation, selon que leur état s'est modifié en mal ou en bien.

« Après un séjour suffisant au camp pour assurer le complet assainissement de leurs effets, et pour détruire toute cause d'inquiétude, les hommes classés comme bien portants doivent partir pour les destinations qui leur sont assignées.

Ces mesures d'une prudence poussée aux dernières limites, auront pour effet certain de constater l'état sanitaire complétement satisfaisant des troupes, et de rassurer les populations contre les craintes même les plus exagérées. On ne saurait donc qu'y applaudir. »

Enfin, à propos des mesures sanitaires exceptionnelles, prises en ces derniers temps par Naples et les Etats Romains, le Sémaphore de Marseille ajoute : « Nous devons profiter de cette occasion pour démentir de la manière la plus formelle les bruits qui ont été répandus dans plusieurs grandes villes de la France sur l'état sanitaire de Marseille. Il résulterait de lettres qui nous ont été communiquées que l'on représente notre cité comme étant infectée de choléra et de typhus. On assure même que des voyageurs, sous l'influence de ces bruits, n'ont pas cru pouvoir sans danger passer par Marseille pour se rendre en Italie. Il importe d'autant plus de tranquilliser les personnes timorées, que ces bruits n'ont aucune espèce de fondement. L'état sanitaire de Marseille est, Dieu merci! excellent, et si des cas de typhus ont été signalés, c'est uniquement dans les hôpitaux militaires, et particulièrement dans ceux de la Quarantaine, aux îles du Frioul, parmi les malades ramenés d'Orient. Aucun cas n'a même été constaté dans l'hôpital civil de notre ville. Nous sommes donc en mesure de rassurer complétement les étrangers à cet égard.

Le préfet de police a adressé aux maires des communes rurales et aux commissaires de police la circulaire suivante :

Messieurs, malgré les garanties résultant de la législation sur l'exercice de la pharmacie, malgré toutes les précautions des pharmaciens et la surveillance

de l'administration, on a trop souvent à déplorer des empoisonnements par imprudence. Une des causes les plus fréquentes de ces accidents est la confusion que les personnes qui soignent les malades sont exposées à faire entre les médicaments destinés à être pris à l'intérieur et ceux réservés à l'usage externe. On s'explique la facilité avec laquelle ces regrettables méprises peuvent être commises, quand on pense que les malades sont souvent entourés de plusieurs médicaments de diverse nature, destinés à des usages différents, et qui leur sont administrés par des personnes souvent peu éclairées. Il est vrai que, dans le but de prévenir la confusion, les pharmaciens ont ordinairement soin d'indiquer par ces mots : *usage externe*, que le médicament serait dangereux s'il était pris intérieurement. Mais, indépendamment de ce que cette précaution peut être souvent négligée, elle ne s'adresse qu'aux personnes qui savent lire, et elle n'a d'effet utile que lorsqu'elles ont la prudence de vérifier sur l'étiquette la nature et la destination du remède.

Désirant mettre un terme au danger que je viens de vous signaler, M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a consulté le Comité d'hygiène publique sur les mesures à prendre à cet effet, et, d'après son avis, Son Excellence m'a adressé les instructions qui vont suivre.

Un moyen toujours efficace pour prévenir de funestes erreurs consisterait dans un signe de convention apparent, que chacun pût facilement reconnaître, et qui fût susceptible d'attirer l'attention et d'éveiller la méfiance des personnes illettrées, et on a pensé que le but serait atteint si l'on imposait aux pharmaciens l'obligation de placer sur les fioles ou paquets contenant des médicaments toxiques destinés à l'usage externe une étiquette de couleur tranchante, portant l'indication de cet usage.

Cette mesure, pratiquée déjà dans quelques pays étrangers, a paru à M. le ministre mériter d'être adoptée dans tous les départements. Les lois de police des 16-22 décembre 1789, 16-24 août 1790, 19-22 juillet 1791 ; celles des 21 germinal an XI, 18 juillet 1837, 19 juillet 1845; l'ordonnance du 29 octobre 1846, et le décret du 8 juillet 1850, sur la vente des substances vénéneuses, donnent à l'administration les pouvoirs nécessaires pour en prescrire l'application.

Le signe de convention dont il s'agit ne saurait être un préservatif qu'à la condition d'être partout uniforme. Autrement, on ne ferait qu'accroître le danger qu'on se proposerait de conjurer. Une personne, en effet, sachant que, dans le département où elle réside habituellement, telle couleur est caractéristique d'une substance toxique réservée à l'usage externe, serait tout naturellement portée à attribuer une autre signification à la couleur différente qui serait usitée dans un autre département, et cette personne se trouverait exposée ainsi à employer à l'intérieur une substance vénéneuse. Peu importait la couleur à adopter, pourvu qu'elle fût partout la même. M. le ministre a fait choix de la couleur *rouge orangé*, dont l'éclat est de nature à frapper les yeux. Sur ce fond, les mots : *Médicament pour l'usage extérieur*, seront imprimés en noir et en caractères aussi distincts que possible. Il importe que l'étiquette rouge-orangé porte uniquement ces mots. Je vous adresse un certain nombre de ces étiquettes pour que vous les remettiez aux pharmaciens qui sont établis dans vos circonscriptions.

Il est bien entendu, Messieurs, que l'étiquette spéciale ne dispense pas de l'étiquette ordinaire, qui devra être imprimée sur papier blanc et porter le nom du pharmacien, la désignation du médicament, toutes les indications néces-

saires à son administration, et qui pourra, en outre, représenter les attributs qui seraient propres à l'établissement, et dont le pharmacien croirait utile de faire usage. La présence de ces deux étiquettes, dont les couleurs trancheront vivement l'une sur l'autre, sera de nature à fixer l'attention des personnes qui ne seraient pas initiées à l'avance à leur signification respective.

Afin que l'étiquette rouge orangé prenne promptement et sûrement, dans le public, un caractère distinctif, il convient qu'elle soit exclusivement réservée aux médicaments toxiques affectés à l'usage externe. Celles qui seront appliquées sur les autres remèdes externes non dangereux, ou sur ceux destinés à être administrés à l'intérieur, devront partout être imprimées en noir, sur papier fond blanc.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics n'a pas cru qu'il y eût lieu d'appliquer, ainsi que cela avait été proposé, la mesure aux droguistes et herboristes. En effet, en ce qui concerne les droguistes, aux termes de la loi du 21 germinal an XI, qui régit la vente des médicaments, ils ne peuvent vendre que des drogues simples en gros. Il leur est interdit d'en débiter aucune au poids médicinal (article 25). Il résulte de là que le droguiste, à moins qu'il ne soit pharmacien, ne vend pas directement au malade. Il ignore complétement si la drogue qu'il vend sera appropriée à l'usage interne où externe, si même elle servira à la pharmacie ou à l'industrie. Dès qu'elle est sortie de chez lui, dans les conditions fixées par l'ordonnance du 29 octobre 1846, sur les substances vénéneuses, il n'est plus responsable. Exiger de lui l'indication de l'usage à faire de la substance serait lui demander plus qu'il ne doit et ne peut faire. Quant aux herboristes, la vente des substances vénéneuses pour l'usage médical leur est implicitement interdite par l'ordonnance (article 5, titre II). Ils ne peuvent vendre que des plantes vertes ou sèches ; et ces plantes, qui ne s'emploient pas en nature, sont également destinées à être préparées par un autre que l'herboriste.

La formalité de l'étiquette spéciale (rouge orangé) ne saurait donc être imposée ni aux droguistes ni aux herboristes, mais elle doit l'être aux médecins des communes rurales, qui, à défaut de pharmaciens, tiennent des dépôts de médicaments, ainsi qu'aux personnes qui dirigent les pharmacies des hospices et des bureaux de bienfaisance.

Il est permis, Messieurs, d'attendre d'heureux résultats des dispositions qui précèdent, dans une matière qui touche de si près à la santé et à la sûreté publiques. Je vous recommande donc de vous pénétrer de leur esprit, de vous attacher d'une manière toute particulière à en assurer l'exacte application et de me tenir au courant des résultats de la surveillance que vous devez exercer dans ce but.

M. le ministre de l'agriculture a chargé les préfets d'établir un relevé complet de tous les cas d'hydrophobie qui se sont manifestés dans les communes de leur département pendant l'année 1855. Pour 1856, tous les maires ont reçu l'ordre d'informer sans délai le préfet des cas d'hydrophobie qui se produiraient sur le territoire de leur commune. De cette façon, l'enquête sur la statistique de cette affreuse maladie aura un caractère général qui, il faut l'espérer, amènera sans doute à trouver un moyen efficace de remédier aux ravages qu'elle cause chaque année dans les campagnes.

La mort semble frapper à coups redoublés sur nos amis et nos collaborateurs ; aux pertes si regrettables de Valleix et de Martin-Solon, nous en avons deux nouvelles à ajouter, celles de Vidal et de Sandras, morts à quelques jours d'in-

tervalle. « Lorsque l'homme utile s'incline et tombe, a dit M. le professeur Velpeau, une fois sa mission remplie, après avoir épuisé ou parcouru les phases diverses de sa mission humanitaire ou scientifique, chacun peut le regretter sans doute, mais personne n'a le droit de s'en plaindre, de s'en étonner du moins; l'ordre naturel le veut ainsi et la raison s'y résigne. — Les souffrances de l'esprit, la tristesse de l'âme, les douleurs du cœur, les pénibles réflexions, tout est légitime, au contraire, quand celui qui disparaît au milieu de sa course a encore devant lui une longue suite de bienfaits à répandre. Vidal peut servir ici d'exemple; Vidal, comme autrefois Béclard, comme Samson et Bérard ; depuis, comme Requin, comme l'infortuné Valleix et tant d'autres. Il semble, en vérité, que la mort en courroux ait sans cesse l'œil fixé sur les meilleurs d'entre nous, comme pour se venger des victimes qu'ils apprennent à leur ravir ». Nous devons ajouter le nom de Sandras, car il n'avait pas travaillé moins fructueusement pour la science; le Traité des maladies nerveuses, comme le Traité de pathologie externe et celui des Maladies vénériennes, conserveront longtemps leur place dans la bibliothèque de tous les praticiens qui veulent se tenir à la hauteur de leur mission.

M. le professeur Denonvilliers passe de la chaire d'anatomie à la chaire de pathologie externe vacante par la mort de M. Gerdy.

Le concours pour la place de chirurgien vacante au bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Verneuil, agrégé de la Faculté de médecine.

M. Alquié, inspecteur général du Conseil de santé des armées, etc., est nommé médecin inspecteur des eaux de Vichy. On dit qu'il sera remplacé, comme directeur de l'Ecole impériale de médecine militaire, par M. Michel Lévy.

M. Cam. de Laurès, inspecteur adjoint des eaux de Néris, est nommé inspecteur.

L'Académie des sciences vient de nommer M. Gerhardt membre correspondant dans la section de chimie, en remplacement de M. Braconnot, décédé.

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *officier*, M. Delahaye, médecin-major du 20e de ligne; *chevalier*, M. France, médecin-major au 3e bataillon de chasseurs à pied.

Le concours pour la place d'aide d'anatomie à la Faculté de Montpellier s'est terminé par la nomination de M. Dubreuilh fils.

Une lettre de l'armée d'Orient annonce encore la mort de deux confrères, MM. Fournier et Perrin, aides-majors, qui viennent de succomber au typhus.

Le corps médical de Lyon a fait deux nouvelles pertes : M. J. Castellan, âgé de cinquante-six ans, et M. Bouchard-Jambon, mort à l'âge de soixante-douze ans.

MM. Belin et Triponel, élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg, viennent de recevoir de M. le ministre de l'agriculture et du commerce une médaille d'argent, en récompense du zèle et du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie de choléra qui a régné dans le Haut-Rhin en 1855.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des pneumonies anomales et de leur traitement.

Par le professeur FORGET, de Strasbourg.

Il est un sentiment commun aux jeunes médecins, à leur entrée dans la pratique, au sortir de l'école, c'est celui de l'étonnement que leur font éprouver les mille difficultés imprévues qu'ils rencontrent auprès des malades. Le diagnostic des maladies, la science des indications qui leur semblent si clairs dans les leçons des professeurs et dans les livres, leur apparaissent alors environnés d'obscurités infinies, et leur premier mouvement est de suspecter la franchise et jusqu'aux lumières de ceux qui ont présidé à leur éducation médicale. A qui la faute, et quelles sont les causes de ce phénomène? La première de ces causes gît certainement dans le peu d'attention que les élèves apportent aux procédés d'investigation des professeurs de clinique, aux obscurités, aux incertitudes qu'ils signalent, aux hésitations qu'ils manifestent au lit même du malade, avant de se former une opinion; la seconde de ces causes est dans la négligence que mettent les élèves à voir par eux-mêmes, à constater cliniquement les aperçus des professeurs. Presque tous s'en rapportent à ce que dira le maître *ex cathedrâ*, lorsqu'après des observations répétées et de mûres réflexions, il viendra produire dogmatiquement le fait, avec ses caractères propres, dégagé des nuages qui l'environnent, afin d'inculquer à ses auditeurs des idées nettes, des notions précises sur la maladie et sur son traitement; à peu près comme l'architecte qui fait disparaître l'échafaudage lorsque l'édifice est construit.

Cependant les leçons des bons maîtres sont semées d'exercices cliniques où ils font ressortir les difficultés, les embûches du diagnostic, les déceptions, les dangers de la thérapeutique; mais cette gymnastique intellectuelle laisse peu de traces dans l'esprit de l'auditeur, qui s'arrête aux formules précises et n'enregistre que les résultats, emportant l'idée définitive que la maladie est un être concret, dont il est presque toujours facile de saisir les caractères et de conjurer les dangers.

De là ces injustes déclamations contre l'enseignement officiel, partant de jeunes praticiens dont les récriminations sont d'autant plus vives, qu'eux-mêmes ont fait des études superficielles. Il semblerait, à les entendre, eux et les détracteurs de l'enseignement pri-

vilégié, comme ils l'appellent, que les professeurs de clinique sont nécessairement de mauvais praticiens, et que les chaires devraient appartenir de droit au médecin de village, comme seul capable d'entrevoir et de résoudre les obscurs problèmes de la science et de l'art.

Voilà donc les jeunes praticiens défavorablement prévenus contre la médecine scientifique qu'on a voulu leur inculquer, et, dans leurs accès de mauvaise humeur, proscrivant d'un trait le rationalisme, pour se jeter à corps perdu dans l'empirisme et le mysticisme, voyant des exceptions et des spécificités dans tous les faits qui ne rentrent pas exactement dans les cadres étroits qu'ils se sont formés. Les voilà pleins d'admiration pour les idées les plus excentriques et surtout les plus révolutionnaires, bâtissant une maladie de toutes pièces sur un symptôme accidentel. Ils prétendent, par exemple, avoir appris à l'école que le râle crépitant et le souffle tubaire constituent toute la pneumonie, régissent toutes les indications. Ce sont eux qui ont découvert que ces symptômes font parfois défaut, se déplacent, se résolvent plus ou moins lentement; qu'il existe des pneumonies spécifiques, catarrhales, bilieuses, rhumatismales, adynamiques, etc., toutes choses parfaitement inconnues dans les écoles... Ceci me rappelle qu'il y a quelques années, une Société de médecine couronna solennellement un Mémoire où l'auteur, savant et sage praticien, avait démontré, sans prétendre à tant d'honneur, sans doute, que la pneumonie ne doit pas toujours être traitée de la même manière.

Il serait bien temps d'en finir avec ces pauvretés, et de comprendre que jamais praticien, quel que fût son exclusivisme, s'appelât-il Stoll, Brown ou Broussais, n'a jamais vu dans une maladie quelconque un être invariable comme un corps simple. La fameuse formule de M. Bouillaud subit elle-même de notables modifications dans ses propres mains. Donc le motif de tant de vitupérations est tout simplement un mythe, un fantôme qu'on se crée pour se donner la gloire de le combattre. Ce fantôme, on se plaît surtout à le revêtir de la livrée de l'organicisme. Quel est donc l'organicien qui ne sache pas que la pneumonie peut naître de causes très-diverses, chez des sujets très-différemment constitués, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, depuis la pléthore jusqu'au marasme? que l'inflammation peut occuper tous les points du poumon, ensemble ou séparément; qu'elle peut exister avec ou sans douleur, avec ou sans fièvre, avec ou sans crachats, colorés ou non, avec adynamie ou avec ataxie, avec complication gastrique, catarrhale, rhumatismale, etc.? qu'elle peut marcher plus ou moins rapidement, s'arrêter à tel degré, passer rapi-

dement à la suppuration, s'étendre ou émigrer d'un point à un autre, etc., etc.? que, selon ces mille circonstances, le traitement varie forcément, n'usât-on que d'un seul remède? Mais quel est le praticien qui n'use que d'un remède, si ce n'est les empiriques eux-mêmes, qui courent incessamment après l'absolu? Le *physiologiste* le plus endurci en admet au moins trois : la saignée, la gomme et le vésicatoire, qu'il combine d'une foule de manières. Le rasoriste y joint le tartre stibié, dont le mode d'administration est très-variable. On y ajoute souvent les autres antimoniaux : oxyde blanc, kermès, soufre doré, etc., ce qui complique déjà beaucoup la médication. Mais indépendamment du traitement direct de la pneumonie, combien de médications accessoires, accidentelles, que nécessitent les causes spéciales, l'état des forces, les symptômes prédominants ou insolites, la marche, les terminaisons, les complications, etc., dont aucun médecin de sens rassis n'a jamais omis de tenir compte! Quel est le clinicien qui, au moins une fois dans sa vie, n'ait usé des ammoniacaux, des mercuriaux, du quinquina, du musc, du vin d'Espagne et autres, sinon contre la pneumonie, au moins contre des épiphénomènes plus ou moins urgents? Soyez bien sûr que tous les élèves ont eu vent de ces modalités et de ces médications; mais ils l'ont oublié, car, après tout, les exceptions ne sont pas la règle.

On va même jusqu'à prétendre que les anciens diagnostiquaient la pneumonie... mieux que nous, Dieu me pardonne! On oublie à combien d'erreurs grossières conduit journellement l'ignorance ou la négligence de l'auscultation; et pourtant ils ont vu, nos élèves, des bronchites, des pleurésies, des pleurodynies, des phthisies, des fièvres typhoïdes mêmes, je veux dire des entérites folliculeuses, entrer aux cliniques sous la rubrique de pneumonies, *et vice versâ*; ils ont vu maintes fois manquer les crachats rouillés, ce criterium unique des vulgaires praticiens. Cette pieuse admiration pour l'antiquité, savez-vous d'où elle vient? elle vient de ce que les anciens faisaient autant d'espèces de pneumonies qu'il y a d'aspects extérieurs dans les maladies de poitrine, et, nous l'avons dit, les spécificités aujourd'hui sont en grand honneur, justement parce qu'elles contrecarrent le rationalisme. Voyons donc ce qu'il y a au fond de ces pneumonies spécifiques ou anomales, car c'est tout un, la plus simple anomalie constituant une spécificité : c'est le mot d'ordre du jour.

Nous établirons d'abord quelques considérations sur les éléments généraux de la pneumonie, puis nous entrerons dans l'examen particulier des formes spéciales.

L'élément *cause* extérieure, quoique très-variable, imprime rarement des formes particulières à la pneumonie, et, par conséquent, modifie rarement aussi les indications. Cette cause étant le plus souvent un vice de température, elle se trouve conjurée de fait par les conditions hygiéniques où il est de règle de placer le malade. Si des causes particulières se révélaient par des symptômes particuliers, ce sont les symptômes particuliers, et non la cause souvent ignorée ou inattaquable, qui dicteraient les indications spéciales, s'il y avait lieu. On a bien prétendu que certaines causes occultes, les constitutions épidémiques, par exemple, imposaient des médications exceptionnelles, les caractères sensibles de la maladie restant les mêmes; mais nous verrons que les cas sporadiques eux-mêmes peuvent offrir cette anomalie, dont, au reste, le goût du merveilleux a beaucoup exagéré la fréquence. Néanmoins, nous admettons le fait, en recommandant de se tenir en garde contre les illusions.

L'élément *constitution individuelle* est certainement un des plus importants, et déjà nous avons dit que jamais personne n'en avait fait complétement abstraction. L'âge, le sexe, l'état des forces, le tempérament, les habitudes, sont des circonstances qui modifient généralement et la physionomie du mal et les indications; qui rendent, par exemple, plus sobre ou plus libéral dans l'emploi de la saignée et du tartre stibié. Mais c'est une déplorable erreur de croire que certaines de ces conditions, la nationalité, par exemple, doivent faire changer diamétralement les médications : un Espagnol, s'il est organisé comme un Russe, sera traité comme un Russe, et réciproquement. C'est une question d'organisation et non pas de géographie. En outre, parce qu'on est Russe et organisé comme tel, ce n'est pas une raison suffisante pour être traité par les cordiaux, le vin et l'alimentation substantielle; l'idiosyncrasie ne va guère jusque-là. Dehaen, Zimmermann et autres ont très-bien posé ces principes avant nous.

Les éléments *symptômes organiques et fonctionnels* sont, sans contredit, la base la plus vraie, la plus solide et la plus variée des variations dans les indications thérapeutiques. L'élément siége exerce peu d'influence, l'élément étendue en exerce beaucoup plus, l'élément degré moins que le précédent; mais tous sont à prendre en considération, d'abord en eux-mêmes, puis dans leurs rapports avec les éléments fonctionnels : douleur, toux, crachats, dyspnée, fièvre, état des forces, etc. Comme il arrive le plus souvent, quoi qu'on en dise, que les éléments organiques et fonctionnels sont en harmonie, c'est sur ce consensus que l'on se base ordinairement pour établir le traitement de la maladie, ce qui a permis d'instituer des cas légers,

moyens et graves. Ce serait ici le lieu d'exposer le traitement général de la pneumonie légitime, mais cela n'entre pas dans nos intentions, et nous supposons les principes de ce traitement connus de tous nos lecteurs. Nous avons d'ailleurs énoncé précédemment les moyens généralement en usage. Nous nous bornerons à quelques détails. Ainsi nous rappellerons que la pneumonie du sommet doit être combattue peut-être avec plus de sollicitude que celle de la base, vu que le sommet est le siége de prédilection des tubercules, que l'inflammation peut activer ou même déterminer; que la pneumonie double réclame beaucoup d'énergie en raison de son extrême gravité; que la pneumonie au premier degré peut être enlevée avant son passage au second degré, nonobstant la loi posée par M. Louis; que la pneumonie au troisième degré ou d'hépatisation grise, si l'on parvient à la diagnostiquer, réclame souvent la cessation des débilitants et l'essai de quelques toniques, à titre de moyens dilatoires ou propres à retarder une catastrophe à peu près inévitable. Raison de plus pour attaquer vivement les degrés précédents.

La pneumonie est une des affections où les symptômes fonctionnels sont le plus dépendants de la lésion organique, proposition qu'on trouvera sentir l'hérésie. Le fait est que c'est presque toujours en combattant rationnellement la lésion anatomique qu'on parvient à résoudre l'ensemble de la maladie. En effet, la fièvre tombe le plus souvent avant la phlegmasie, et toujours avec elle; l'inverse ne s'observe point, et tant que la fièvre persiste, c'est que la pneumonie persiste également (à moins de complications), ce qui n'aurait pas lieu si la pneumonie n'était qu'un accident de la fièvre.

La prédominance de certains symptômes indique, indépendamment du traitement général, certaines médications particulières. Ainsi l'intensité de la douleur réclame spécialement les saignées locales, l'opium, et parfois le vésicatoire. La toux, en raison des secousses douloureuses qu'elle produit et de l'irritation qu'elle entretient, peut réclamer aussi l'emploi des sédatifs.

Les crachats ont beaucoup occupé les pathologistes d'autrefois et préoccupent de nouveau ceux d'aujourd'hui. Cela se concevait sous le règne de l'humorisme pur et se conçoit encore dans certaines circonstances. Les crachats peuvent manquer complétement; ils peuvent être rares ou abondants, simplement muqueux (incolores) ou jaunes, verts (bilieux des anciens et de quelques modernes), rouillés ou sanglants. Toutes ces circonstances ont peu d'importance pronostique et thérapeutique, si, du reste, la maladie marche régulièrement. Nous traiterons en particulier de l'absence des crachats

(pneumonie sèche), des crachats de sang pur (pneumonie hémoptoïque). Les colorations diverses ont peu de signification, depuis qu'on sait que la bile et l'atrabile y sont étrangères et qu'elles dépendent de la quantité du sang mêlé au mucus. Nous y reviendrons à propos de certaines formes de pneumonie. Les crachats abondants relèvent de la pneumonie catarrhale, des vomiques, etc.

L'élément dyspnée est un des plus redoutables et peut motiver l'admission d'une forme particulière, sous le nom de pneumonie dyspnéique.

L'élément fièvre, thermomètre du degré de réaction, est, avec la pneumonie elle-même, un des éléments capitaux de la maladie, un de ceux que l'on doit s'attacher le plus à combattre. Sous ce rapport, les diverses pneumonies ne diffèrent guère que du plus au moins.

Les éléments degrés de la pneumonie peuvent constituer des anomalies au point de vue de la rapidité ou de la lenteur de leur succession, de la permanence des uns ou des autres. Quant au traitement, on sait que les deux premiers doivent généralement être combattus avec vigueur, dans le but de prévenir le troisième; et quant à ce dernier, nous avons dit qu'il impliquait certaines modifications dans le traitement.

Nous avons hâte d'arriver à l'histoire particulière des diverses anomalies, objet spécial de notre travail.

Nous éprouvons, dès l'abord, un grand embarras résultant de la difficulté de classer d'une manière tant soit peu méthodique une soixantaine d'espèces de pneumonies pouvant constituer autant d'anomalies plus ou moins légitimes. On voit que nous nous montrons généreux à l'endroit de la tendance moderne au morcellement indéfini, et les partisans des spécificités apprendront de nous peut-être qu'ils sont plus riches qu'ils ne le supposaient eux-mêmes. Seulement nous les prions d'attendre que nous ayons réduit ce prodigieux produit de notre analyse à sa valeur réelle.

En y songeant mûrement, nous sommes arrivés à classer toutes ces variétés en trois catégories : 1° variétés de causes; 2° variétés de symptômes; 3° variétés de caractères anatomiques.

Article 1er. *Pneumonies anormales par variété de causes.*—L'âge exerce une influence réelle sur certains caractères de la pneumonie. La pneumonie des adultes est celle qui sert de type aux descriptions classiques. Celle des *enfants* se distingue : 1° par la plus grande fréquence de la forme anatomique dite lobulaire; 2° et consécutivement, par l'obscurité, dans ces cas, des signes sthétoscopiques; 3° par l'ab-

sence, ou plutôt par la déglutition des crachats, qui prive le diagnostic du plus expressif de ses signes vulgaires ; 4° par le trouble, la vivacité des réactions, la fréquence des symptômes cérébraux (délire, convulsions) ; 5° enfin par la circonspection toute particulière et par les modifications obligées que l'enfance imprime aux procédés thérapeutiques. Mais, au lieu d'être des anomalies, ce sont plutôt là les caractères réguliers de la pneumonie de l'enfance ; caractères qui, d'ailleurs, se rencontrent incidemment dans la pneumonie de l'adulte.

La pneumonie des *vieillards* se distingue, elle aussi, 1° par la fréquence de la forme hypostatique ; 2° par des symptômes moins nettement accusés que ceux de la pneumonie franche ; 3° par la lenteur de l'évolution morbide ; 4° par l'apparition ordinaire des symptômes typhoïdes (prostration, état comateux, subdélire, bouche fuligineuse, etc.) ; 5° par la nécessité plus fréquente de recourir aux médications exceptionnelles, notamment à l'emploi des toniques, des astringents, etc. Sur ce dernier point on a trop généralisé la règle. Beaucoup de vieillards se trouvent très-bien de la saignée, et notamment du tartre stibié, vu la fréquence de l'élément catarrhal. Le pouls des vieillards est moins généralement déprimé qu'on ne le suppose, et c'est le guide principal à suivre dans ce cas comme dans les autres. Au demeurant, ces caractères de la pneumonie des vieillards sont généralement connus et acceptés ; nous dirons d'eux ce que nous venons de dire de l'enfance : ce sont moins des anomalies que des symptômes réguliers dans la vieillesse, et le même appareil phénoménal se rencontre assez fréquemment chez l'adulte.

La pneumonie chez les *femmes* peut offrir des caractères particuliers, dérivant moins des symptômes idiopathiques et des lésions anatomiques que des symptômes sympathiques et généraux. Ainsi les diathèses hystérique et chlorotique, la menstruation, la grossesse, l'état puerpéral, sont de graves circonstances qui peuvent modifier notablement, soit la physionomie du mal, soit aussi les indications thérapeutiques. Mais cela n'a rien de spécial à la pneumonie, et peut se dire de toutes les maladies des femmes.

Ces particularités relatives à l'âge et au sexe sont si vulgaires qu'il n'est pas besoin d'y insister. Nous ajouterons qu'avec un peu de complaisance on pourrait tout aussi bien construire des pneumonies anomales sur la *force*, la *faiblesse* et toutes les variétés de la *constitution* et du *tempérament*. Passons à des formes plus importantes, plus nosologiques, si je puis dire.

Ici se présente tout d'abord cette forme solennelle, cette profonde

anomalie qui, dit-on, résulte nécessairement et toujours de la constitution *épidémique*. Cependant, il faut le dire, on semble admettre que la pneumonie est une des affections auxquelles le génie épidémique imprimerait le moins d'étrangeté, du moins quant aux symptômes. Cela tient, sans doute, à la fréquence et à la léthalité bien connue de cette affection. La familiarité, l'habitude nous préservent ici des écarts de l'imagination. Néanmoins, le goût du merveilleux nous pousse encore à signaler, bon gré, mal gré, certains caractères prétendus exceptionnels dans les pneumonies épidémiques ; mais ces aperçus superficiels tombent presque toujours devant la comparaison et l'analyse, pour peu qu'on se donne la peine d'y recourir. C'est dans cet esprit que nous avons présenté l'histoire d'une pneumonie épidémique, observée à la clinique de Strasbourg dans le semestre d'été de 1855. (Gazette médicale de Strasbourg, janvier 1856.) Il nous a été facile de démontrer que les caractères anomaux et même spécifiques signalés par quelques observateurs étaient purement illusoires. Cette illusion a peu de gravité quant aux symptômes ; il n'en est pas de même quant au traitement. On voit des praticiens à foi robuste renverser bravement tous les principes de la thérapeutique, à l'occasion de toute épidémie ; mais si l'on y regarde de près, on verra que les idées préconçues sont une grande part à ces bouleversements, et que les modestes praticiens qui suivent humblement le grand chemin ne sont pas moins heureux que les autres, qui souvent d'ailleurs s'accordent peu sur les moyens spéciaux à mettre en usage. Pour moi, je n'ai pas encore rencontré d'épidémie de pneumonie qui m'obligeât à m'écarter fondamentalement des voies ordinaires : ici, comme toujours, je fais rationnellement la guerre aux éléments morbides tels qu'ils se présentent, et je n'ai pas eu lieu de m'en repentir. Les pneumonies adynamique, ataxique, bilieuse, catarrhale, me paraissent comporter, chacune en particulier, à peu près le même traitement, qu'elles soient épidémiques ou sporadiques. C'est pour moi, je le répète, une affaire d'éléments plutôt qu'une question d'étiologie ; vu, d'ailleurs, que la cause spécifique, si elle existe, nous échappe presque toujours, et que lorsque nous la connaissons, nous sommes presque toujours aussi impuissants à la combattre.

Une anomalie non moins importante et plus positive que la précédente est celle constituée par la pneumonie *adynamique*, celle qui est accompagnée de l'élément prostration avec ses accessoires : coma, bouche fuligineuse, etc. Cette pneumonie simule quelquefois à tel point la fièvre typhoïde, qu'il n'est pas rare de la voir entrer dans

les hôpitaux sous cette dernière rubrique. Il va sans dire que nous parlons de la pneumonie sans complication d'entérite folliculeuse. Et d'abord nous avons vu que la pneumonie se présentait assez régulièrement sous cet aspect chez les vieillards, que la forme adynamique s'offrait aussi quelquefois à l'état épidémique; mais il est assez commun de la rencontrer chez l'adulte et à l'état sporadique, côte à côte avec les formes les plus franches.

L'élément adynamique implique-t-il, par lui seul et d'une manière absolue, un traitement spécial, celui par les toniques et les stimulants? Cette question n'en est pas une pour la généralité des praticiens actuels, et la réponse négative leur apparaîtrait comme une grave hérésie, si nous n'usions de quelques précautions oratoires. A cet effet, nous procéderons par analyse et nous dirons : En face d'une pneumonie adynamique, il faut, comme toujours, compter, peser et comparer les éléments. Si le sujet est bien constitué, si la maladie est récente, si la phlegmasie est bien caractérisée, étendue, intense, si surtout la réaction est forte (pouls fréquent, plein, résistant), il est bien probable que la faiblesse est indirecte, comme disait Brown. Que risquez-vous alors d'essayer de la saignée et du tartre stibié? Que si le sujet est réellement débilité, la phlegmasie modérée, le pouls peu résistant, procédez avec circonspection, modérez les moyens, épiez les effets; mais veuillez croire que l'état typhoïde est souvent une affaire de complication ou d'idiosyncrasie qui ne change pas plus la nature foncière du mal que le délire chez les enfants ou la syncope chez les femmes vaporeuses; rappelez-vous enfin que Zimmermann considérait une phlegmasie de poitrine traitable par les cordiaux comme aussi rare qu'un enfant à deux têtes. C'est trop dire, peut-être, mais enfin il y a des enfants à deux têtes, et pas un tératologiste n'a prétendu, jusqu'à présent, que ce fût la règle, comme le prétendent beaucoup de praticiens à l'endroit du traitement tonique appliqué aux affections typhoïdes. On fait beaucoup de bruit de quelques guérisons par, pendant ou malgré le quinquina, les ammoniacaux, le vin de Malaga, etc.; mais on a bien soin d'enterrer les insuccès et surtout d'éviter le parallèle de ceux qui suivent la voie commune. Au demeurant, si le malade périclite, il est rationnel de tenter les cordiaux, toutefois, après avoir essayé de la suspension des débilitants, usé des révulsifs, de la limonade vineuse, du bouillon, bref, des moyens intermédiaires qui souvent suffiront, sans compromettre ni le malade, ni votre conscience. C'est ainsi, du moins, que j'ai procédé dans cinq cas de guérison de pneumonie adynamique faisant partie de l'épidémie susmentionnée. Je n'espère pas que

cette doctrine conciliatrice me soit pardonnée ; il me suffit qu'elle soit goûtée de quelques esprits modérés.

Je ne parle pas, bien entendu, de la débilité qui accompagne les convalescences lentes et difficiles ; ici, les analeptiques et les toniques sont de droit et de raison.

Une autre anomalie, ayant beaucoup d'affinité avec la précédente et non moins litigieuse qu'elle, c'est la forme *ataxique* caractérisée par le délire, les soubresauts des tendons, les irrégularités du pouls, etc. L'élément ataxie, si souvent associé à l'élément adynamie, réclame-t-il, lui aussi, et d'une manière absolue, le traitement spécial par les stimulants dits antispasmodiques ? L'école moderne répond encore affirmativement. Nous ne saurions que reproduire les arguments et les conseils formulés ci-dessus, au sujet de l'adynamie : l'ataxie est souvent au moins un accident, une complication qui ne change pas la nature intrinsèque de la pneumonie. On proclame bien haut quelques succès attribués au musc, au camphre, etc. ; mais on ne saurait faire d'abord que leurs apologistes eux-mêmes n'aient vu ces remèdes échouer fréquemment, et que, d'autre part, beaucoup de praticiens sages n'obtiennent assez souvent d'aussi beaux résultats par le traitement ordinaire appliqué avec discernement. Du reste, plus heureuse que l'adynamie, l'ataxie indique certains moyens, moins dangereux d'abord, ensuite plus rationnels et probablement plus efficaces que les stimulants : ce sont les sédatifs directs, les narcotiques, qui, du moins, n'ont pas l'inconvénient d'être diamétralement contre-indiqués par l'affection locale. Ainsi, non-seulement nous autorisons, mais encore nous conseillons et prescrivons souvent nous-même avec succès l'opium ou ses composés contre l'élément nerveux, l'ataxie.

Voici venir une autre anomalie renouvelée des Grecs, c'est la pneumonie *bilieuse*, pompeusement restaurée par les modernes. On la reconnaît particulièrement à la teinte jaunâtre de la peau, car les signes de gastricité qu'on lui attribue ne lui appartiennent pas en propre et lui sont communs avec toutes les autres formes de pneumonie. Selon les anciens, la pneumonie bilieuse provenait de ce que la bile *répandue dans le sang* allait enflammer les poumons. Or, nous ne saurions trop admirer qu'il se trouve des esprits infatués de cette doctrine, aujourd'hui qu'il est démontré : 1° que ce n'est pas la bile, mais seulement ses matières colorantes qui passent dans le sang ; 2° que ces matières colorantes, loin de produire l'inflammation, la fièvre, etc., paraissent agir, au contraire, comme sédatives, à la manière de la digitale, témoin l'ictère simple, qui est le type

de la cholémie. Donc, la pneumonie bilieuse ne peut être qu'une pneumonie compliquée d'accidents du côté des voies biliaires. Il y a plus, les modernes, en acceptant la théorie imaginaire des anciens, méconnaissent totalement leur pratique. Hippocrate prescrit formellement de commencer le traitement des affections bilieuses par les tempérants et la saignée jusqu'à ce que la *coction* s'accomplisse et permette d'évacuer la bile. Stoll, dont on parle souvent sans le connaître, insiste beaucoup et toujours sur les saignées préliminaires; il déplore souvent de n'avoir pas assez tiré de sang au début des affections bilieuses; et puis ce sont les vomitifs qu'il emploie, et non pas les purgatifs que vous prodiguez en son nom. Au demeurant, nous acceptons volontiers l'emploi des vomitifs; car il est démontré qu'ils produisent généralement de bons effets dans les pneumonies quelconques; et d'ailleurs, qu'importe l'état bilieux ou non, du moment où le tartre stibié fait partie du traitement fondamental de la pneumonie en général, et que neuf fois sur dix au moins il produit les évacuations spécialement indiquées dans la pneumonie bilieuse? Celle-ci n'est donc plus qu'une arme de guerre exhumée pour faire opposition à la saignée, en quoi faisant vous outragez les anciens que, dans votre ignorance, vous croyez glorifier. Finalement, l'état bilieux est un accident, une complication, un élément fortuit de la pneumonie, qui peut réclamer par lui-même un traitement spécial, mais sans préjudice des moyens indiqués par la pneumonie.

Si nous avions suivi nos inspirations, nous aurions placé les pneumonies adynamique, ataxique et bilieuse, parmi les anomalies par variété de *symptômes*, car ce qu'il y a de positif en elles, c'est leur physionomie spéciale. En les ralliant aux anomalies par variété de *causes*, nous nous sommes conformés aux idées régnantes, tout en réservant et motivant nos opinions personnelles.

On a fait une anomalie, voire même une spécificité, de la pneumonie *catarrhale*, celle qui succède au catarrhe pulmonaire ou que celui-ci vient compliquer. On prétend la distinguer expressément de la pneumonie inflammatoire, comme si le catarrhe n'était pas une inflammation plus ou moins aiguë ou chronique, et comme si la pneumonie elle-même n'était pas une sorte de catarrhe ou de bronchite vésiculaire. La pneumonie catarrhale se reconnaît à la complication de bronchite, purement et simplement, c'est-à-dire au mélange des symptômes des deux maladies : crachats muqueux plus ou moins abondants, colorés ou non, mélange de râles muqueux aux râles crépitants, au souffle tubaire, etc. Il est vrai que cette complication s'observe d'ordinaire sous l'influence du froid humide et chez

les constitutions lymphatiques. Quant à cette fièvre catarrhale (spécifique) qui viendrait se fixer sur les poumons, c'est de la pure fantasmagorie.

La pneumonie catarrhale exige-t-elle un traitement spécial ou spécifique? Exclut-elle absolument la saignée en faveur des seuls antimoniaux ou autres expectorants? Oui, sans doute, si le sujet est débile, le pouls faible, l'affection ancienne, etc. Mais ne sont-ce pas là des conditions et des indications communes à toute espèce de pneumonie? Et dans les conditions contraires, en quoi l'intervention du catarrhe doit-elle et peut-elle modifier le traitement fondamental de la pneumonie? C'est un élément de plus à prendre en considération; et voilà tout.

Une autre anomalie, fort bien venue de nos jours, est la pneumonie *rhumatismale*. C'est celle qui survient dans le cours d'un rhumatisme ou seulement chez un sujet antérieurement rhumatisant. Son symptôme caractéristique serait la mobilité et son indication spécifique la médication antirhumatismale. C'est fort bien en théorie, mais en fait : 1° un rhumatisant peut fort bien contracter une maladie non rhumatismale ; 2° la mobilité de la pneumonie, même chez les rhumatisants, n'est pas nn fait ordinaire, et le fait d'ailleurs peut se produire dans la simple pneumonie. Ne sait-on pas que le rhumatisme se complique trop souvent de phlegmasies malheureusement trop fixes de leur nature : la pleurésie, la péricardite et cette malheureuse endocardite qui passe si fatalement à la chronicité? 3° Qu'est-ce que la médication antirhumatismale? Pour les uns, c'est la saignée, même coup sur coup; pour les autres, c'est le nitre; pour ceux-ci les sudorifiques; pour ceux-là, les purgatifs, puis l'opium, la digitale, le colchique, la vératrine, les mercuriaux, etc. En dépit de la théorie, il est peu de praticiens, j'en suis sûr, qui, en face d'une belle pneumonie, soi-disant rhumatismale, oseraient penser à d'autres moyens que la saignée et le tartre stibié, sauf à recourir aux *anti*, en cas de résistance.

Si vous admettez la pneumonie rhumatismale, je ne vois pas pourquoi vous n'accueilleriez pas les pneumonies *dartreuse*, *psorique*, *teigneuse*, etc., en tant que ces diathèses sont susceptibles de métastase pulmonaire, tant il est facile et peu glorieux d'innover en pareille matière.

Une division naturelle, pratique et féconde en déductions rationnelles, c'est certainement la division des pneumonies en *primitives* et en *secondaires;* mais le malheur est qu'on ne s'accorde pas sur les cas devant appartenir à l'une ou à l'autre catégorie. Ainsi, les

formes précédentes : adynamique, ataxique, rhumatismale, sont pour les modernes de véritables pneumonies secondaires, puisqu'on les fait dériver des vices adynamique, ataxique et rhumatismal, tandis que pour nous ces vices ne sont que des accidents, des complications greffées sur des pneumonies le plus souvent primitives. Néanmoins, il est des pneumonies réputées secondaires à peu près pour tout le monde, telles sont les suivantes :

La *pneumonie concomitante de la fièvre typhoïde*, c'est-à-dire de l'entérite folliculeuse, qu'il faut bien distinguer de la pneumonie adynamique, est ordinairement caractérisée par des lésions anatomiques très-analogues à celles de la pneumonie hypostatique, dont nous parlerons plus loin ; l'analogie s'étend aux symptômes, qui sont ordinairement obscurs dans les deux cas, et au traitement lui-même, qui comporte certaines modifications, telles que l'exclusion des saignées générales, en raison de la prostration, et l'emploi circonspect des antimoniaux, en raison des lésions intestinales. Les révulsifs et parfois de légers analeptiques sont indiqués, et ce n'est qu'avec prudence qu'il faut employer les toniques et les stimulants énergiques. Cet accident est un de ceux dont le traitement réclame le plus de sagacité de la part du praticien, placé ici entre deux écueils.

Mais à part ces pneumonies anomales, hybrides, en quelque sorte, il est des cas où des pneumonies franchement dessinées font explosion aux diverses périodes de la fièvre typhoïde, et celles-là doivent être attaquées plus franchement par les moyens ordinaires, toujours eu égard à l'état général comme à l'état local. Nous avons traité et guéri par les procédés classiques une pneumonie de ce dernier genre dans le cours de l'épidémie mentionnée.

Les *pneumonies* qui se déclarent dans le cours *de la variole, de la scarlatine*, *de la rougeole* et autres exanthèmes fébriles, donnent lieu à des considérations analogues ; c'est-à-dire qu'il faut avoir égard au caractère de la maladie première, à l'état des forces du sujet, aux expressions symptomatiques de l'affection locale, etc., bref, à tous les éléments constituants de l'individualité morbide. Mais sont-ce là des préceptes exceptionnels, et n'est-ce pas ainsi qu'il faut se conduire dans une pneumonie, dans une maladie quelconque ?

La pneumonie *puerpérale* n'a pas encore été décrite, mais elle mérite de l'être.

On a beaucoup parlé des *pneumonies* anomales qui se développent assez souvent dans le cours de la *grippe*, et l'on en a fait une spécificité très-concrète. On lui a prêté des symptômes étranges, l'absence de râles, ces concrétions fibrineuses des bronches, etc.

Mais on sait que la pneumonie fibrineuse, dont nous parlerons ailleurs, n'est pas propre à la grippe, et que les pneumonies grippales ne sont pas toutes fibrineuses. On a aussi prétendu que le remède par excellence de cette pneumonie était le vin de Malaga et autres stimulants. Mais cette médication excentrique n'est pas du goût de tout le monde, et grand nombre d'observateurs insignes se sont assez bien trouvés de ne pas dévier des errements usuels.

La *pneumonie pyoémique* est une forme toute particulière, résultant du transport et du dépôt du pus, ou de quelques-uns de ses éléments dans le parenchyme pulmonaire. Elle est ordinairement superficielle, lobulaire. Le centre de chaque lobule affecté passe rapidement à la suppuration. Elle est très-obscure, en général, ne se révélant guère que par le point de côté, la dyspnée, l'augmentation de la fièvre. C'est une complication qui vient aggraver l'état déjà si grave constitué par l'infection purulente, et si cette dernière est incurable, ou peu s'en faut, on ne saurait guère espérer guérir la pneumonie métastatique. Tout ce qu'on peut faire, c'est, en combattant l'infection elle-même, de tenter quelques modificateurs, tels que les antimoniaux, les ventouses scarifiées, et surtout les vésicatoires, tous moyens bien précaires.

On a parlé récemment des *pneumonies uroémiques*, lesquelles résulteraient d'un excès d'urée dans le sang d'individus affectés de certaines maladies des organes urinaires, de la maladie de Bright, en particulier. A part l'uroémie, qui est encore à l'étude, ces pneumonies, séreuses ordinairement, sont graves par l'état des tissus où elles se développent et par les maladies qu'elles viennent compliquer. Les antiphlogistiques ne leur sont guère applicables, le tartre stibié a peu d'action sur elles, et les autres moyens sont encore plus chanceux. Les révulsifs sont la ressource la plus rationnelle.

Parlerons-nous des pneumonies *tuberculeuses*, *squirrheuses*, *mélaniques*, *calculeuses*, et de toutes celles qui viennent se greffer sur des corps étrangers siégeant dans les poumons ?

M. Louis a prétendu que la pneumonie chez les tuberculeux guérissait avec facilité; c'est possible dans certains cas, mais non dans celui où la pneumonie, donnant de l'impulsion à la diathèse, vient engendrer ou activer les tubercules et constituer ce qu'on appelle phthisie galopante, pneumonie tuberculeuse, etc. Cette pneumonie est souvent compliquée d'appareil typhoïde, et se montre généralement rebelle aux médications les plus actives et les mieux combinées. Nous ne sachons pas qu'on ait imaginé de médications spécifiques contre ces pneumonies spécifiques par excellence; si tant est

que, même dans ces cas, il ne s'agisse pas tout simplement, comme ailleurs, d'une certaine combinaison d'éléments dont chacun peut comporter ses indications particulières : le tubercule et la pneumonie.

Nous reviendrons sur quelques-unes des anomalies précédentes au sujet des lésions anatomiques.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traitement des fractures; de l'influence de la proportion de phosphate de chaux contenu dans les aliments sur la formation du cal.

Mémoire présenté à l'Académie des sciences, par M. ALPHONSE MILNE-EDWARDS.

On connaît tous les inconvénients qui peuvent résulter, dans les cas de fractures, de l'immobilité trop prolongée d'un membre. Après que le cal a acquis une solidité suffisante, on voit subsister longtemps encore de la difficulté dans les mouvements, de la faiblesse dans les muscles et une roideur dans l'articulation, quelquefois extrêmement longue à se dissiper. Aussi a-t-on tenté bien des moyens pour remédier à ces inconvénients. On a fait exécuter au membre des mouvements, aussitôt que la solidité du cal le permettait. On s'est attaché surtout à perfectionner les appareils contentifs des fractures. Enfin l'idée de faciliter le travail de consolidation par des médicaments pris à l'intérieur paraît s'être présentée à l'esprit de quelques chirurgiens d'une époque même assez éloignée, et probablement parmi les substances qui ont été employées de la sorte se trouve le phosphate de chaux, ou du moins des sels calcaires; mais ici on ne peut rien affirmer. Fabricius de Hilden parle bien d'une pierre qu'il appelle ostéocolle, et que, dans les cas de fractures, il donnait réduite en poudre ou délayée dans du vin ou de la tisane. La description que Fabricius donne de cette pierre est trop vague et trop obscure pour que l'on puisse rapporter ses succès aux sels calcaires qu'elle devait renfermer, ou aux matières goudronneuses qui s'y trouvaient. Cependant, comme on a essayé l'emploi de l'eau de goudron pour hâter le travail de consolidation, et que cette médication a donné des résultats nuls, il nous est permis de présumer que si la pierre ostéocolle avait quelque influence sur la consolidation des fractures, elle la devait à des sels calcaires.

Dans ces derniers temps, quelques chirurgiens essayèrent de

l'emploi du phosphate de chaux administré à l'intérieur. M. Gosselin, chirurgien de l'hôpital Cochin, eut recours à ce moyen, surtout dans les cas de fractures de l'humérus, qui sont quelquefois si longues à se consolider; il prescrivait ce médicament à la dose de 1 gramme environ par jour. Les résultats parurent satisfaisants; les consolidations se faisaient bien et rapidement, comme on pourra s'en assurer en jetant les yeux sur les observations qui suivent. Du vingt-septième au trentième jour, chez la plupart des malades, on pouvait retirer l'appareil; la fracture paraissait entièrement consolidée, et l'on se bornait à faire porter quelques jours encore une écharpe aux malades, tandis que l'on sait que généralement, pour qu'un cal ait acquis une solidité suffisante, il faut attendre de trente-cinq à quarante jours.

Mais ici on ne pouvait pas examiner les cals; on ne pouvait juger de leur plus ou moins grande solidité que bien approximativement en essayant d'imprimer au membre des mouvements de latéralité ou d'avant en arrière, et l'expérience montre qu'un cal qui paraît tout à fait rigide lorsqu'il est entouré de parties molles, et qu'il est maintenu par des tendons et des fibres musculaires, peut présenter encore une assez grande flexibilité lorsqu'on l'a mis tout à fait à nu par l'ablation des parties environnantes. Ainsi, d'après les conseils et avec la bienveillante assistance de M. Gosselin, ai-je entrepris quelques recherches à ce sujet sur des lapins et sur des chiens.

Dans ces expériences, je prenais tantôt deux chiens, tantôt deux lapins, à peu près du même âge, du même poids, de la même taille, en un mot, je cherchais à les placer dans les mêmes conditions; je leur fracturais un membre, le bras ou l'avant-bras, d'une manière à peu près identique, puis à l'un je donnais du phosphate de chaux; je continuais de faire suivre à l'autre son régime ordinaire. Quand on expérimentait sur des chiens, il suffisait de priver complétement d'os l'un d'eux, tandis qu'on en donnait abondamment à l'autre. Quand on opérait sur des lapins, on saupoudrait les aliments de l'un de ces animaux avec du phosphate de chaux en poudre fine.

Il est quelquefois difficile de forcer les lapins à prendre cette matière calcaire. Ces animaux, en mangeant, secouent leurs aliments, de telle sorte qu'ils font tomber la poudre dont on les leur couvre. J'avais d'abord essayé de leur introduire le sel calcaire dans l'estomac à l'aide d'un tube en forme de sonde œsophagienne; mais depuis j'ai adopté un moyen beaucoup plus simple: c'est de couper des carottes en tranches minces, puis de les frotter de phosphate de

chaux, de façon à incruster ce sel dans leurs tissus. Les lapins ne sont d'ailleurs pas très-propres à ces sortes d'expériences ; ils supportent difficilement les lésions traumatiques. Ainsi, sur dix-huit de ces animaux que j'avais en expérience, six seulement ont pu résister ; les autres sont morts deux ou trois jours après l'opération. Les chiens, au contraire, ont toujours survécu aux fractures. Cependant, pour ne pas être continuellement importuné par leurs cris, je leur ai toujours coupé les nerfs récurrents, ce qui ne les a jamais empêchés de se rétablir parfaitement, et huit jours à peine après l'opération, ils commençaient à s'appuyer sur leur patte malade.

Le phosphate de chaux, employé à l'hôpital Cochin et pour ces expériences, provenait de la calcination des os, et, par conséquent, était mêlé à du carbonate de chaux, qui dans ce cas ne pouvait avoir aucun inconvénient, et présentait même des avantages.

Ce phosphate (3CaOPh5) est insoluble dans l'eau ordinaire, mais il est facilement soluble dans les liqueurs, même faiblement acides. Or, les liquides de l'estomac sont franchement acides ; ce sel peut donc s'y dissoudre et devenir absorbable.

Le phosphate de chaux se trouve à l'état normal dans toutes les parties du corps, dans tous les liquides de l'économie, dans le sang, qui le porte au système osseux pour en réparer les pertes journalières. Eh bien ! lorsque, par une cause accidentelle, cette perte d'éléments calcaires augmente, pourquoi l'économie n'utiliserait-elle pas les matériaux qu'on lui fournit alors en plus grande abondance, et qui, dans les circonstances ordinaires, se trouvent en quantité suffisante dans ses aliments, pour réparer les pertes de chaque jour ?

Les belles expériences de Chossat ont prouvé que chez les poules, les pigeons, la quantité des sels calcaires contenus dans le blé, le froment, dans le grain en général, quoique en quantité assez notable, n'était pas suffisante à l'entretien du système osseux ; que ces animaux ingéraient chaque jour une certaine masse de petites pierres, et que si on les privait complétement de ces substances, si on ne leur donnait que du grain soigneusement trié, au bout de quelque temps les éléments calcaires venant à manquer dans le squelette, ces animaux étaient atteints de ce que l'on pourrait presque appeler fragilité des os.

Du reste, sans vouloir tirer trop de conclusions de quelques faits que j'ai observés, toujours est-il que dans toutes mes expériences les animaux que j'avais mis au régime du phosphate de chaux ont présenté des cals plus complétement ossifiés que les autres ; je dois

cependant en excepter quelques cas, où des accidents indépendants de la fracture étaient survenus : deux avaient eu une petite hémorrhagie pendant la section des nerfs récurrents ; un autre avait eu la patte malade prise sous une planche. M. Gosselin a bien voulu vérifier le résultat de mes expériences, et, comme moi, il a constaté une différence notable entre les cals des animaux auxquels on donnait du phosphate et ceux qui continuaient leur régime ordinaire. Tout tend à faire croire que chez l'homme il en est de même ; mais c'est ce que l'expérimentation clinique seule peut apprendre.

Obs. I. Franconne (François), palefrenier, âgé de cinquante-cinq ans, couché au n° 17 de la salle Cochin, a reçu un coup de pied de cheval dans la journée du 15 juillet 1855.

La fracture, placée au-dessous de l'empreinte deltoïdienne, présente une grande mobilité. Cependant rien ne semble indiquer qu'elle soit comminutive ; il y a peu de gonflement, peu d'épanchement sanguin. On applique des cataplasmes.

18 juillet. On applique un appareil à attelles ; mais on ne donne pas de phosphate de chaux au malade.

Le 21, le 22 et le 23 juillet, on renouvelle l'appareil.

10 août. La fracture commence à se consolider.

31 août. Le cal paraît solide ; on lève l'appareil.

15 septembre. Le malade sort parfaitement guéri ; il n'y a plus aucune mobilité, et peu de difficulté dans les mouvements.

Dans ce cas, on n'avait pas administré de phosphate de chaux. La consolidation s'est faite en quarante-cinq jours environ, du 15 juillet au 31 août.

Le 17 septembre, le même malade rentre à l'hôpital et raconte que la veille, étant ivre, il est tombé de cheval et s'est de nouveau cassé le bras. La fracture paraît occuper le même point que la première fois, en un mot le cal paraît s'être rompu. La mobilité est très-grande.

On prescrit du phosphate de chaux, et, comme la première fois, on applique au malade l'appareil à attelles.

12 octobre. La fracture paraît presque consolidée ; on remplace les attelles de bois par des attelles de carton.

23 octobre. La fracture ne présente plus aucune mobilité ; on ne met plus qu'une écharpe au malade.

29 octobre. Il quitte l'hôpital. Cette fois, la consolidation s'est faite en trente-cinq jours environ.

Le 30 octobre, ce malade entre pour la troisième fois à l'hôpital, et raconte que la veille, à la suite d'une rixe de cabaret, il a reçu un coup de tabouret sur le bras, d'où il est résulté une troisième fracture. Cette fois, il y a un peu de gonflement, et la fracture présente une grande mobilité. On applique l'appareil à attelles, et l'on continue l'usage du phosphate de chaux, qui, de cette façon, n'a été interrompu qu'un jour, du 29 au 30 octobre.

27 novembre. La fracture est consolidée ; il est impossible d'y imprimer aucun mouvement. Cependant, à cause des antécédents du malade, on le garde encore quelque temps à l'hôpital.

Cette fois, la consolidation s'est faite en vingt-six jours.

En résumé, la première fois on n'administre pas de phosphate de chaux au malade et le cal met quarante-cinq jours à se former. La seconde fois, on prescrit du phosphate, et le cal se forme en trente-cinq jours. La troisième fois, on continue l'usage du phosphate, et la fracture se consolide en vingt-cinq jours.

Obs. II. Michel (Julien), âgé de cinquante-neuf ans, charretier, couché au n° 8 de la salle Cochin, a été renversé de sa hauteur, le 15 septembre 1855, et, dans sa chute, s'est cassé le bras. La fracture se trouve au-dessous de l'insertion deltoïdienne, dans le tiers moyen de l'humérus. Elle est oblique, de haut en bas et de dehors en dedans. On sent au côté externe une pointe appartenant au fragment inférieur ; il y a un gonflement considérable. On applique des cataplasmes, on maintient la fracture à l'aide d'un appareil de Scultet, et l'on donne du phosphate de chaux au malade.

Le 24 septembre, on met un appareil à attelles et une écharpe Mayor.

12 octobre. La fracture paraît consolidée.

16 octobre. Le cal est très-solide ; le fragment inférieur paraît même hypertrophié.

Dans ce cas, trente jours environ ont suffi pour la consolidation de la fracture.

Obs. III. David (Hippolyte), âgé de trente-neuf ans, journalier, couché au n° 27 de la salle Cochin, a été pris le 25 septembre sous un éboulement de sable. Son bras gauche a été fracturé à la jonction du tiers moyen avec le tiers inférieur. La fracture paraît dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Le gonflement est considérable : la fracture présente une grande mobilité. On applique un appareil de Scultet et des cataplasmes. On prescrit du phosphate de chaux.

30 septembre. On remplace l'appareil de Scultet par un appareil à attelles.

23 octobre. La fracture paraît consolidée ; on retire l'appareil, et le malade sort quelques jours après, conservant à peine de la roideur dans l'articulation et de la contracture dans les muscles fléchisseurs.

La fracture a donc mis vingt-neuf jours à se consolider, du 25 septembre au 23 octobre.

Obs. IV. Ulrich (Madeleine), âgée de cinquante-six ans, couturière, couchée au n° 4 de la salle Saint-Jacques, s'est fracturé l'humérus le 18 octobre. La direction de la fracture est difficile à déterminer ; elle est située vers la partie moyenne de l'os, et les deux fragments font saillie en dehors.

On applique des cataplasmes et un appareil de Scultet.

24 octobre. On remplace l'appareil de Scultet par l'appareil à attelles, et l'on prescrit du phosphate de chaux.

13 novembre. La fracture présente encore une certaine mobilité. On continue l'appareil à attelles.

18 novembre. La fracture est tout à fait solide. Le cal n'est pas très-volumineux.

Ainsi, la fracture a mis trente jours environ pour se consolider, du 18 octobre au 18 novembre.

Je pourrais encore citer plusieurs observations de fractures des

deux os de la jambe, du fémur, etc., traitées par le phosphate de chaux, et dont la consolidation a été rapide, entre autres une fracture de la cuisse gauche, qui n'a pas mis tout à fait cinquante jours pour se consolider.

Je passe maintenant aux expériences sur des animaux, chez qui on a pu apprécier, d'une manière plus précise, les progrès de l'ossification du cal. On a examiné le cal : 1° immédiatement après la mort, c'est-à-dire entouré de toutes les parties molles dont on ne pouvait se débarrasser que d'une manière incomplète; 2° après la macération, lorsqu'il ne restait plus que des parties solides.

1° *Expériences sur les lapins.* — Exp. I. — Le 25 octobre, l'humérus droit a été successivement fracturé à deux lapins, vers sa partie moyenne. La fracture présente une grande mobilité et un chevauchement considérable; on donne du phosphate de chaux au lapin n° 1.

Le 6 novembre, c'est-à-dire douze jours après la fracture, on constate du vivant de l'animal que chez le n° 1, le cal est beaucoup plus volumineux et moins mobile que chez le n° 2. Après la mort des lapins, on voit que chez tous les deux la fracture se trouve à peu près dans le même point.

Chez le n° 1, il reste encore de la mobilité ; les deux fragments, fortement chevauchés, sont assez étroitement maintenus l'un contre l'autre, par une substance fibro-cartilagineuse, unissant les deux fragments, non pas par leur extrémité, puisqu'il y a eu chevauchement, mais par les surfaces qui se correspondent.

La partie périphérique est épaisse de 2 à 3 millimètres, et offre çà et là des points blancs qui paraissent être calcaires; les uns sont disséminés, les autres forment une couche continue.

Sur le n° 2, on trouve un cal périphérique, mais il n'y a pas de cal interfragmentaire. Le cal périphérique forme une virole beaucoup moins épaisse, offrant moins de points osseux que celle du n° 1.

Après la macération, on trouve que chez le n° 1, les deux fragments sont réunis par de la matière calcaire, qui manque presque complétement de la périphérie. Chez le n° 2, les points calcaires sont plus rares et ne peuvent joindre les deux fragments, qui ne se trouvent réunis que par une bandelette de fibro-cartilage.

Exp. II. — Le 9 novembre, on fracture l'humérus droit à deux lapins, à peu près vers la partie moyenne de l'os. La fracture présente une grande mobilité, et il y a un chevauchement considérable. On donne du phosphate de chaux au lapin n° 1. Le 27 novembre, on tue les deux lapins, et on constate que chez le n° 1, le cal a peu d'adhérence avec les couches musculaires profondes. Examiné sans dissection préalable, il paraît très-solide, mais après l'ablation des parties molles, il présente encore un peu de mobilité. En sciant l'os, on constate que le cal n'est pas très-volumineux; que sa portion périphérique a environ 3 millimètres d'épaisseur, et que son fibro-cartilage est incrusté d'une grande quantité de matière calcaire, qui lui donne une dureté considérable. La portion interfragmentaire est fibro-cartilagineuse et ne présente que quelques traces de sels calcaires. Chez le n° 2, avant la dissection, on trouve encore un peu de mobilité; après l'ablation des parties molles, on voit que le dépôt des sels cal-

caires est moins considérable, que la portion périphérique est fibro-cartilagineuse, mais n'est point ossifiée. La portion interfragmentaire présente seule quelques points osseux, mais en petit nombre. Ces cals ayant disparu pendant qu'ils macéraient n'ont pu être examinés complétement privés des parties molles.

Exp. III. — Le 5 décembre, on fracture les humérus droits de deux lapins. La fracture présente une grande mobilité, un chevauchement considérable. On donne du phosphate de chaux au lapin n° 1.

Le 25 décembre, on tue les lapins et l'on constate que chez le n° 1, il n'y a presque plus d'ecchymose; presque tout le sang est résorbé, les muscles n'adhèrent plus entre eux ni au périoste, ce dernier est épaissi et plus vasculaire qu'à l'état normal. Le cal dépouillé des parties molles est dur, peu volumineux; après la section on reconnaît que la portion périphérique est presque complétement encroûtée de sels calcaires, qui lui donnent une grande dureté. La portion interfragmentaire, quoique moins riche en matières salines, présente quelques points osseux.

Chez le n° 2, les muscles ont encore quelque adhérence au périoste, le cal est plus volumineux, mais c'est aux parties molles qu'il doit ce volume. Le dépôt de sels calcaires est moindre; la portion interfragmentaire présente quelques points osseux, la portion périphérique n'en présente, pour ainsi dire, aucun, si ce n'est en arrière.

2° *Expériences sur des chiens.* — Exp. IV. — Le 25 novembre, l'avant-bras droit a été fracturé à chaque chien vers son tiers inférieur; il y a peu de mobilité, et l'on reconnaît que le radius seul a été fracturé, ce qui empêche tout chevauchement et maintient les fragments en place. On donne des os au chien n° 1; on en prive complétement l'autre, que l'on nourrit de la manière ordinaire.

Le 12 décembre, les chiens paraissent ne plus souffrir de leur fracture et s'appuient sur leur patte malade. On les tue, et l'on constate que chez le n° 1 les muscles sont à peu près dans leur état normal, le cal est moins volumineux que celui du n° 2, mais il est facile de voir qu'il est plus dur.

Après la macération, on reconnaît que l'ossification est presque complète; il n'y a, pour ainsi dire, qu'un point situé à la partie postérieure qui soit incomplétement ossifié; tout mouvement de latéralité ou d'avant en arrière est impossible. Le radius, comparé à celui de l'autre côté, paraît même hypertrophié.

Chez le n° 2, les muscles ont quelque adhérence entre eux, le cal est volumineux, mais encore assez mou; il présente un peu de mobilité. Après la macération, on reconnaît que les points osseux sont peu nombreux; ils sont rassemblés à la partie externe, mais la portion interfragmentaire n'est que fibro-cartilagineuse.

Exp. V. — Le 20 janvier, on casse l'avant-bras à deux chiens : chez le n° 1, la fracture est située vers le tiers inférieur des os; chez le n° 2, elle se trouve vers la partie moyenne.

Après vingt-sept jours, c'est-à-dire le 16 février, on trouve à l'autopsie que chez le n° 1, la fracture ne présente plus *aucune* mobilité, le fragment supérieur du radius est écarté du fragment inférieur du même os par un intervalle d'un demi-centimètre, rempli par un fibro-cartilage en voie d'ossification, surtout en arrière; les deux fragments du cubitus sont complétement soudés.

Chez le n° 2, on trouve encore un peu de mobilité; le cal est volumineux, mais ne présente qu'un petit nombre de points calcaires. Les fragments sont

réunis par une substance cartilagineuse très-dense; après quelque temps de macération dans l'eau alcalinisée, les fragments se séparent complétement, et l'on peut constater qu'il n'y avait entre eux aucun point calcaire, et que ceux que l'on remarquait étaient situés tous à la périphérie.

Exp. VI. — Le 22 janvier, on casse successivement l'avant-bras à deux chiens; la fracture présente une grande mobilité, les deux os sont bien manifestement fracturés. Chez le n° 1, la fracture est placée à peu près vers la moitié des os; chez le n° 2, elle se trouve au tiers inférieur. Dix-neuf jours après, c'est-à-dire le 10 février, on les tue et l'on trouve, chez le n° 1, un cal résistant, présentant encore très-peu de mobilité. Les muscles n'ont plus aucune adhérence au périoste. Après la macération, on voit que la fracture du cubitus est parfaitement consolidée, surtout vers la partie interne; le radius présente quelques points calcaires englobés dans une masse fibro-cartilagineuse.

Chez le n° 2, on ne voit, à proprement parler, que de rares points osseux; les mouvements que l'on peut imprimer au membre sont assez étendus. Les fragments ne sont réunis que par de la substance fibro-cartilagineuse.

Exp. VII. — Le 26 janvier, on fracture l'avant-bras à deux chiens; la fracture est placée au tiers moyen des os.

Le 12 février, c'est-à-dire dix-sept jours après, on tue les chiens, et l'autopsie révèle une légère différence entre le degré d'ossification des cals. Chez le n° 1, le cubitus est presque complétement ossifié, et le radius présente de nombreux points calcaires. Chez le n° 2, les deux fragments du cubitus sont réunis par du fibro-cartilage ne présentant que quelques points osseux. Sur le radius, le travail de consolidation est encore moins avancé.

Exp. VIII. — Le 26 janvier, on fracture l'avant-bras à deux chiens; la fracture se trouve placée, chez le n° 1, au tiers supérieur des os, chez le n° 2, au tiers moyen.

Le 24 février, c'est-à-dire vingt-neuf jours après, on constate à l'autopsie que :

Chez le n° 1, les deux fragments du cubitus sont complétement soudés, que les deux fragments du radius sont réunis en avant et du côté externe par du fibro-cartilage; mais en arrière et du côté interne, ils sont encroûtés de matières calcaires.

Chez le n° 2, les deux fragments du cubitus sont soulevés vers la partie interne; mais vers la partie externe, on ne voit que quelques points osseux. Quant au radius, la matière calcaire ne joint pas encore les fragments; quoiqu'en assez notable quantité, elle est entourée par du fibro-cartilage.

Conclusions. — D'après l'ensemble de ces faits, on voit que l'abondance de phosphate de chaux contenu dans les aliments, et par suite porté dans le torrent de la circulation, accélère le travail d'ossification. Ce sel est d'ailleurs sans danger, il n'exerce aucune action fâcheuse sur l'économie. Il s'en faut cependant que je présente ici le phosphate de chaux comme un moyen infaillible d'empêcher la non-consolidation des fractures, et quand d'autres causes interviennent pour empêcher l'ossification du cal, telles qu'une constitution affaiblie ou des mouvements prématurés, le phosphate de chaux ne peut à lui seul amener la guérison; je le présente seule-

ment comme un moyen adjuvant qui, uni à des soins bien entendus, pourra diminuer le nombre des non-consolidations, et, dans les cas ordinaires, hâter la marche de l'ossification du cal.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Gélatinisation du chloroforme.

Nos lecteurs se rappellent que M. Grimault a eu l'idée de solidifier l'éther sous forme de gélatine, dans le but de rendre son application extérieure plus facile, soit pour produire l'anesthésie locale, soit pour avoir seulement l'action réfrigérante. Nos lecteurs se rappellent également que M. Grimault a obtenu cette gélatinisation de l'éther en agitant dans une bouteille bien close quatre volumes d'éther sulfurique pour un volume d'albumine de l'œuf.

M. Ruspini, qui a répété avec succès l'expérience de M. Grimault, s'est demandé si on ne pourrait pas obtenir un produit analogue avec le plus puissant des anesthésiques, le chloroforme, et le résultat a été conforme à ses prévisions. En agitant en vase clos, et presque dans les mêmes proportions que pour la gélatinisation de l'éther, l'albumine de l'œuf et le chloroforme (4 de la première pour 1.10 du second), il y a d'abord eu de l'écume avec de grosses bulles d'air; puis le mélange est devenu entièrement opaque et s'est solidifié, conservant constamment et à un haut degré l'odeur de chloroforme.

Les deux gélatines d'éther et de chloroforme présentent d'assez grandes différences : la première est demi-transparente et rappelle par tous ses caractères le collodion quand il a perdu une portion de l'éther et qu'il est devenu dense ; la gélatine de chloroforme est, au contraire, complétement opaque, blanche et en partie grumeleuse.

Dans le désir de s'assurer dans quel état de combinaison se trouvent les deux anesthésiques avec l'albumine, M. Ruspini a versé 16 grammes d'éther gélatinisé dans un flacon bouché à l'émeri et par-dessus 40 grammes d'eau distillée froide; puis le mélange a été agité pendant quelques minutes. Une même quantité de chloroforme gélatinisé a été soumise au même traitement. Aussitôt qu'on a cessé d'agiter, on a pu s'assurer que l'éther gélatinisé se montrait toujours à la surface du liquide sous forme gélatineuse, tandis que le second obéissant aux lois de la pesanteur, le chloroforme étant plus lourd que l'eau, restait au fond du liquide. En revanche, l'une et l'autre gélatine avaient beaucoup diminué de volume, et l'eau séparée par la filtration du mélange en vase clos exhalait, pour l'un comme

pour l'autre, une odeur d'éther et de chloroforme des plus fortes, qui augmentait encore en poursuivant le lavage des deux gélatines avec de l'eau distillée.

Ce qu'il y avait même de remarquable, c'est que, par suite de l'action de l'albumine, les deux anesthésiques, si faiblement solubles dans l'eau, surtout le chloroforme, avaient acquis la propriété de s'y dissoudre parfaitement : les deux solutions, bien que saturées de chloroforme et d'éther, n'offraient pas plus à la superficie qu'au fond du vase trace d'éther ou de chloroforme, comme si les deux anesthésiques eussent été émulsionnés par l'albumine.

Les solutions aquo-albumineuses d'éther et de chloroforme moussaient par l'agitation ; chauffées jusqu'à l'ébullition, elles laissent évaporer les deux anesthésiques.

Sous l'action de la chaleur, l'albumine se séparait de la solution éthérée en grumeaux qui flottaient à la surface et blanchissaient la superficie du liquide, tandis que dans la solution aqueuse de chloroforme, l'albumine restait au fond du vase de porcelaine en se coagulant, ce qui tenait sans doute au mode d'action de l'albumine sur l'éther qui en avait distendu les molécules, tandis que le chloroforme les avait resserrées en les coagulant.

Formule de l'eau laxative de Vienne.

M. le professeur Schützenberger, de Strasbourg, vante beaucoup l'emploi de cette préparation dans le traitement des maladies de Bright récentes :

Pr.	Feuilles de séné	15 grammes.
	Raisins de Corinthe	15 grammes.
	Racine de polypode	1 grammo.
	Semences de coriandre	0,50 centigr.
	Bitartrate de potasse	2 grammes.

Infusez dans :

Eau bouillante .... Q. S.

Dans :

Colature .... 100 grammes.

Faites dissoudre :

Manne .... 30 grammes.

L'effet de cette eau est d'attirer vers la muqueuse intestinale la sérosité qui infiltre les tissus et gêne les fonctions des organes.

Les préparations de fer insolubles, à quantités égales, ne sont pas absorbées en proportion plus considérable que les préparations solubles.

Dans le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique*, vous avez donné un extrait de la thèse de M. Rombeau, qui a cru démontrer : 1° que la quantité de fer est plus grande dans le lait des femmes qui suivent un traitement par le fer ; 2° que l'on trouve plus de fer dans le lait après l'administration de la limaille de fer qu'après celle du lactate de fer. Au mois de mars dernier, quand M. Rombeau présenta sa thèse à la Faculté de médecine, un habile thérapeutiste me fit remarquer tout ce qu'avait d'inattendu un pareil résultat, dans lequel un composé, insoluble par lui-même, était absorbé en plus forte proportion que le sel soluble correspondant. La réponse était facile ; il me suffit de lui montrer le passage où se trouvaient rapportées les doses auxquelles chacun des composés ferrugineux avait été administré Voici ce qu'on lit à la page 26 de la thèse de M. Rombeau : « Après avoir pris pendant quelques jours 60 centigrammes à 1 gramme de limaille de fer, soit encore trois à six pastilles de lactate de fer, on voit la femme se colorer, reprendre ses forces, etc. » Or, chaque tablette contient 5 centigrammes de lactate de fer, lesquels contiennent eux-mêmes 1 centigramme de fer, de sorte qu'administrer cinq à six tablettes de lactate, c'est administrer 5 à 6 centigrammes de fer ; c'est-à-dire dix et vingt fois moins que 50 centig. à 1 gramme de limaille. Il n'est donc pas surprenant que les doses ayant été surélevées dans une des séries d'expériences, les proportions de fer absorbées aient été plus considérables. C'est l'erreur que j'avais relevée dans le travail, d'ailleurs si précieux, de Quevenne, et dont M. Rombeau n'a sans doute pas eu connaissance. Il résulte de ceci que des deux propositions avancées par M. Rombeau, si la première subsiste justement, la seconde doit disparaître. La science n'y perdra rien, car elle gagne tout autant à la suppression d'un fait inexact qu'à la découverte d'un fait nouveau. Soubeiran.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'opportunité de l'essai des bromate et iodate de potasse dans le traitement des stomatites.

L'efficacité du chlorate de potasse dans les diverses stomatites est, grâce à la publicité du *Bulletin de Thérapeutique*, étayée sur les observations de tant de praticiens éminents, qu'il est aujour-

d'hui impossible de la révoquer en doute ; ce médicament a pris désormais sa place bien nette dans la thérapeutique.

Guidé par l'analogie chimique qui existe entre le chlorate de potasse et les iodate et bromate de la même base, j'ai proposé à M. Demarquay, mon chef de service, l'emploi de l'iodate de potasse dans le traitement des stomatites ; l'administration de ce sel dans des cas déjà assez nombreux paraît justifier mes prévisions.

Dans une prochaine note, que j'aurai l'honneur de vous adresser, je ferai connaître le résultat de nos expérimentations, et j'essayerai de tracer l'histoire chimique et thérapeutique de ce nouveau médicament.

L. Gustin,
Interne en pharmacie des hôpitaux.

Hydrothorax rebelle compliqué d'un catarrhe bronchique grave rapidement guéri par l'emploi d'un large séton.

Un journal aussi dévoué aux intérêts de la pratique médicale que le *Bulletin de Thérapeutique* ne pouvait laisser passer sans protester les attaques dont les exutoires ont été l'objet. Ce devoir était d'autant plus impérieux que, parties des plus hautes régions du monde médical, ces attaques devaient avoir un grand et fâcheux retentissement. Vous en avez prévenu les déplorables conséquences, en publiant les excellents travaux de MM. Marotte et Max. Simon. Nous aussi nous sentons le besoin d'élever la voix en faveur d'une méthode qui nous inspire plus que de la confiance, lorsque, consultant notre passé, nous nous rappelons les succès que nous lui devons.

Parmi les observations diverses que je pourrais citer et dans lesquelles le salut des malades ne peut être attribué qu'aux moyens révulsifs largement et énergiquement maniés, je me contenterai de vous adresser la suivante. J'aime à croire qu'après sa lecture ceux de nos confrères qui n'ont pas le malheur d'être sceptiques quand même partageront mon opinion sur la pérennité de l'enseignement traditionnel, quant à la valeur de la révulsion.

Perron, âgé de vingt-quatre ans, habitant le hameau de Tuelièvre-sur-Mancigné, vint, en février 1834, me consulter pour une affection de poitrine dont les débuts remontaient à deux années environ. Un trajet de 15 kilomètres qu'il venait de faire en voiture l'avait tellement fatigué qu'il lui fut impossible, malgré plusieurs heures de repos, de répondre aux questions que je lui adressais, sinon par quelques paroles interrompues à chaque instant par d'affreuses quintes de toux, accompagnées d'accès de suffocation. Ce fut de la bouche de son vieux père que je recueillis la plus grande partie des renseignements suivants.

Perron était soldat au 61ᵉ régiment en garnison à Avesnes, lorsqu'à la suite d'une marche forcée, il fut pris de rhume avec extinction de voix. Quelques jours après, une douleur de côté se manifeste. La fièvre persistant, on l'envoie à l'hôpital. Le jour où il y entre, on lui fait trois saignées ; le lendemain, on lui applique quarante sangsues sur le point douloureux du thorax, et le surlendemain un vésicatoire est prescrit en vue de combattre la dyspnée, qui était très-forte. Après une amélioration marquée, la maladie reprit une certaine gravité et présenta les caractères d'une affection chronique.

Cet homme, après avoir demeuré une année à l'hôpital d'Avesnes, fut transféré à Paris avec une demande de congé de réforme, datée du 5 août 1833, signée du chirurgien-major du 61ᵉ avec la note de *catarrhe chronique*, et des officiers de santé en chef de l'hôpital avec le diagnostic de *pneumonie chronique*. Les médecins du Val-de-Grâce, où ce malade fut conduit, avant de signer la déclaration d'incurabilité de l'état de Perron, le traitèrent pendant plusieurs mois encore et finirent par confirmer la sentence prononcée par les premiers juges.

Rentré au foyer paternel, il ne s'attendait plus qu'à mourir près des siens. Cependant l'acuité des accidents le forçait de temps en temps à prendre des consultations des médecins du Mans ou d'Ecommoy. Leurs soins restant infructueux, le père céda au conseil d'un de ses voisins que j'avais guéri, et m'amena le malade.

Je n'ai pas besoin de décrire l'état de maigreur de Perron, depuis huit mois qu'il était rentré chez lui; il y eut toujours, quoi qu'il pût être fait, toux fatigante, expectoration abondante, gêne extrême de la respiration qui l'oblige à se tenir presque toujours assis dans son lit. L'examen direct de la poitrine me permit de constater une ampliation notable du côté droit, qui présente, en outre, une matité dans toute sa hauteur et une absence complète du bruit respiratoire. Perron se souvient encore que, pendant son séjour dans les hôpitaux militaires, dans certains mouvements brusques, il percevait un mouvement de flot : « C'était comme quand on remue une bouteille à moitié remplie. » La percussion du côté gauche ne signale rien de bien notable ; la résonnance est presque normale, mais l'auscultation perçoit un râle muqueux tellement abondant que, joint à la gêne des mouvements respiratoires, il est difficile de déterminer si la fièvre hectique qui mine le malade est le résultat seulement de la phlegmasie catarrhale ou d'une diathèse tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, la maladie chronique dont Perron était affecté présentait deux éléments incontestables : l'épanchement pleurétique, limité à la cavité droite du thorax, et l'affection catarrhale commune

aux bronches des deux poumons. Enfin, la longue durée de ces états, l'émaciation du malade, la fièvre lente qui le consumait, l'inanité des tentatives thérapeutiques des médecins des hôpitaux d'Avesnes et du Val-de-Grâce et des confrères que Perron avait consultés depuis son retour au pays, tout me portait à incliner pour l'existence d'une diathèse tuberculeuse.

En présence d'un semblable diagnostic, on comprend que je ne pus m'empêcher de dire au père que la maladie de son fils me semblait au-dessus de toutes les ressources de la médecine; qu'il devait en avoir la preuve par les efforts inutilement tentés par un si grand nombre de médecins, et que les miens ne pouvaient avoir un résultat plus heureux. Pendant que je formulais mon opinion avec tous les ménagements réclamés par un malade auquel on enlève sa dernière espérance, je vis des larmes couler des yeux de Perron et j'entendis sortir de la bouche de son vieux père ces paroles, qui renfermaient à la fois un reproche, une prière et une exhortation à avoir plus de confiance dans les ressources de notre art. « N'abandonnez pas mon pauvre fils, je vous en prie, monsieur. Pourquoi ne le guéririez-vous pas aussi bien que vous avez guéri notre voisin, qui, lui aussi, semblait devoir être condamné par la science? » Attendri, vaincu par ces larmes et ces supplications, je lui promis de faire tout ce qui serait en mon pouvoir, et je formulai un traitement composé de diurétiques et de dérivatifs sur le canal intestinal contre l'élément hydrothorax, et les balsamiques et amers contre l'élément catarrhal.

Après un mois de longs et inutiles voyages faits pour visiter Perron, en présence de l'impuissance des remèdes, je songeai un instant à pratiquer l'opération de l'empyème, mais l'ensemble de l'état général ne me permit pas de tenter cette grave ressource; enfin, l'idée me vint de tenter l'emploi d'un large séton placé sur les parois du côté affecté d'épanchement. Bien que je ne conservasse plus d'espoir de guérison, le mode d'action du moyen, la révulsion, s'adressait aux divers éléments de la maladie de Perron. Trois jours plus tard, je revins lui apprendre à panser son exutoire, puis je lui dis un adieu que je crus bien être le dernier. Je me trompais! car, six mois après, un des habitants de Tuelièvre, frappé de paraplégie, m'ayant fait demander, me dit pendant que je le saignais : « Remettez-moi vite sur les jambes comme vous l'avez fait pour Perron, que vous voyez là-bas couper son blé. »

J'avais conscience d'avoir rempli une dernière indication en plaçant sur la poitrine de Perron un large séton, mais j'étais loin de m'attendre au résultat obtenu, et, n'ayant plus entendu parler de lui,

je le croyais mort. Je crus même à une mystification en écoutant l'affirmation qui m'était donnée par mon malade, que Perron n'avait pas succombé. Lorsque j'arrivai dans le champ, je trouvai mon homme en plein travail. Je ne pus m'empêcher de lui adresser un reproche pour ne pas m'avoir pas fait connaître plus tôt une aussi bonne nouvelle. Il me répondit que s'il n'était pas venu me remercier c'est qu'il craignait d'être rappelé à son régiment s'il avouait qu'il était guéri : « Et puis, ajouta-t-il, je voulais travailler pour payer celui qui m'avait sauvé. »

Perron était, en effet, radicalement guéri, grâce au séton qui, dès le principe, avait abondamment suppuré. Au bout d'un mois, il l'avait supprimé parce qu'il se sentait parfaitement bien et qu'il n'avait plus ni toux ni oppression, même pendant le travail. Un examen rapide me permit de constater la résorption compléte de l'épanchement et le retour du bruit respiratoire dans le côté droit.

Voici plus de vingt années que cette cure a eu lieu et elle ne s'est pas démentie, car M. le docteur Chauvin, médecin à Pont-Vallain, que je viens de prier d'examiner de nouveau l'état de la poitrine de Perron, m'écrit : « *Etat actuel*, avril 1856. Les deux côtés de la poitrine ne présentent aucune difformité; le bruit respiratoire est pur des deux côtés et dans toute l'étendue de la poitrine. La percussion ne présente rien de particulier. » J'ai tenu à présenter ces derniers renseignements, car ils prouvent que mes craintes, quant à l'existence d'une diathèse tuberculeuse, n'étaient pas fondées. Mais cette observation n'en conserve pas moins à mes yeux toute sa portée pratique, car, dans ce cas, le séton a triomphé d'une maladie grave et qui avait résisté aux moyens thérapeutiques les mieux formulés à des époques diverses de la maladie; mais encore ce beau résultat est dû à sa seule action, puisque les médications antérieures étaient alors abandonnées.

Quand une méthode peut revendiquer des faits où sa puissance se manifeste d'une manière aussi éclatante, n'est-il pas permis de traiter d'aveugles ceux qui ne veulent pas la reconnaître, et de plaindre ceux de leurs malades chez lesquels ils pourraient la mettre en usage avec profit?

L. Groussin, D. M.,
à Neuillé Pont-Pierre (Indre-et-Loire).

Observation de tumeurs hémorrhoïdales compliquées de fissure à l'anus guéries par la cautérisation.

La fissure à l'anus est une complication assez rare, mais très-douloureuse des tumeurs hémorrhoïdales anciennes et volumineuses.

On observe plus souvent des fissures à l'anus, accompagnées d'hémorrhoïdes peu développées, visibles quelquefois après les garde-robes. L'affection hémorrhoïdale est, dans ce cas, une complication ordinairement produite par la constipation, ou plutôt par le séjour prolongé des matières fécales dans le rectum, et entretenue par la constriction du sphincter, qui étrangle les portions de muqueuse sortant avec les matières fécales. L'opération de la fissure faisant disparaître les constrictions du sphincter et la constipation, l'affection hémorrhoïdale qui en est la conséquence guérit tout naturellement. Mais lorsqu'un malade porte des tumeurs hémorrhoïdales anciennes, volumineuses, donnant lieu à des hémorrhagies plus ou moins graves, et que de plus il existe une fissure anale, l'opération de la fissure par l'incision, l'excision ou la dilatation, amènera-t-elle sûrement la guérison? Il est permis d'en douter, et de se demander si les tumeurs, qui précédemment sortaient déjà facilement, n'auront pas alors plus de tendance à rester au dehors, à entraîner la muqueuse du rectum, et si l'on n'aura pas changé une complication en une autre. Après avoir opéré la fissure à l'anus, le chirurgien devra donc procéder à une nouvelle opération pour débarrasser le malade de ses hémorrhoïdes. Au contraire, si l'on procédait tout d'abord à une opération destinée à débarrasser le malade de ses tumeurs, pourrait-on espérer obtenir en même temps la guérison de la fissure? Un fait de ce genre s'étant présenté dans ma pratique, et la cautérisation circulaire m'ayant permis d'obtenir le résultat mentionné plus haut, nous avons pensé qu'il était utile de le consigner ici, afin qu'il pût servir plus tard, si d'autres faits du même genre se présentaient, à éclairer une question pratique qui peut être embarrassante pour le chirurgien.

Obs. *Hémorrhoïdes internes compliquées de fissure à l'anus; cautérisation circulaire de la base des tumeurs avec le caustique Filhos; guérison.*—Mlle H., âgée de quarante-cinq ans, a perdu son père, en 1824, d'un catarrhe pulmonaire, et sa mère, à l'âge de cinquante-sept ans, d'un cancer de l'estomac. Réglée à quinze ans, elle a commencé à souffrir des hémorrhoïdes internes à dix-huit; pendant vingt ans, elle a porté une affection cutanée aux oreilles, et a toujours été incommodée par une constipation opiniâtre. Les hémorrhoïdes, qui avaient paru à l'âge de dix-huit ans, disparurent jusqu'en 1838, où elles commencèrent à faire souffrir la malade, quelques jours avant ses règles. En 1851, à la suite de violents chagrins, Mlle H... eut presque tous les deux mois des crises hémorrhoïdales, de deux ou trois semaines de durée, pendant lesquelles elle perdait beaucoup de sang et éprouvait de vives douleurs. Du mois de juillet 1853 au mois de mars 1854, elle eut une crise, pour ainsi dire, continue. Les souffrances, et surtout les pertes de sang abondantes et répétées, amenèrent un état d'anémie très-prononcée et de faiblesse extrême. Au mois d'avril 1854,

Mlle H... éprouva un peu d'amélioration : les pertes cessèrent, les forces revinrent, et elle put sortir, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps ; mais à la fin du mois de mai, il survint une nouvelle crise hémorrhoïdale avec douleurs vives et hémorrhagies qui l'épuisèrent bientôt et la déterminèrent à avoir recours à l'opération qu'on lui proposa, comme le moyen le plus sûr de mettre un terme à cet état. Le 15 juin, je fus appelé par nos confrères Cisset et O'Rorke auprès de la malade. Mlle H... ne perdait plus de sang depuis trois semaines, mais elle était encore très-affaiblie. En examinant la région anale, on voyait extérieurement des appendices cutanés, longs en moyenne de 2 centimètres, aplatis, frangés, ayant, pour la forme, l'apparence de crêtes de coq, mais plus épais. Entre deux de ces appendices, il existait une fissure assez profonde et douloureuse, se prolongeant dans le rectum, et au-dessus, quand la malade faisait des efforts, des hémorrhoïdes internes, qui se présentaient au dehors et laissaient échapper du sang. De plus, l'anus, au lieu d'être relevé par rapport au plan des tubérosités ischiatiques, et tel qu'on l'observe lorsqu'il existe une fissure, était assez bas, et le sphincter formait une espèce de cylindre charnu que l'on pouvait prendre dans les doigts, en refoulant la peau dans une étendue de plus de 2 centimètres. Après avoir discuté longuement sur le genre d'opération qu'il convenait d'employer dans ce cas particulier, il fut convenu que l'on aurait recours à la cautérisation circulaire.

Le 16, Mlle H... prit une purgation avec de l'huile de ricin, afin de débarrasser l'intestin des matières qu'il pouvait contenir et favoriser la constipation consécutivement à l'opération. Le 17, un lit de fer garni d'un matelas recouvert d'une alèze et d'une toile cirée fut placé près d'une fenêtre, afin d'avoir un jour convenable. Après avoir rendu deux lavements à l'eau simple, la malade continua les efforts d'expulsion et vint se placer sur le lit dans la position usitée pour l'opération de la fistule à l'anus. Après avoir saisi avec ma pince articulée en forme de compas la tumeur hémorrhoïdale la plus profonde, et la portion correspondante de la crête extérieure, je mis le caustique à découvert, et laissai l'instrument en place pendant cinq minutes. Pendant tout le temps de l'opération, on injecta de l'eau froide sur la région anale. L'instrument retiré, on continua encore pendant plusieurs minutes les injections d'eau froide, afin d'enlever le plus complétement possible les parcelles de caustique pouvant rester dans les dépressions formées par les pinces, et la malade se plaça dans un bain de siége d'eau dégourdie, où elle resta environ une heure. Lorsqu'elle en sortit, on appliqua constamment sur l'anus des compresses trempées dans de l'eau, à la température de l'appartement. Pour toute nourriture, du bouillon ; potion diacodée la nuit. Les jours suivants, la malade dut prendre plusieurs bains de siége par jour et se faire appliquer constamment sur la région anale des cataplasmes presque froids ou des compresses trempées dans de l'eau dégourdie. Comme Mlle H... était très-affaiblie, le 23 on lui permit, outre les bouillons, de sucer le jus d'une côtelette.

La première garde-robe eut lieu le 30 ; elle fut douloureuse et accompagnée d'un peu de sang. Le lendemain, seconde garde-robe, pas de sang. On permit à la malade une nourriture plus substantielle.

Le 4 juillet, je revis la malade ; elle se plaignait d'éprouver après chaque garde-robe des douleurs assez vives, dues en grande partie à la fissure.

Le 10 juillet, après avoir pris les mêmes dispositions qu'à la première opération, je saisis, en présence de MM. Cisset et O'Rorke, avec une pince en T, garnie de caustique Filhos, une hémorrhoïde interne, la portion correspondante de la

crête cutanée externe et la fissure qui l'avoisinait. A cause de l'appendice cutané volumineux qui correspondait à l'hémorrhoïde interne, je crus devoir laisser l'instrument en place pendant neuf minutes. Injection combinée d'eau froide pendant et après l'opération; bains de siége, pansements à l'eau, régime comme après la première opération. Le 14, les eschares étaient presque tombées, Mlle H. . eut une garde-robe un peu douloureuse avec quelques gouttes de sang. Le 26, Mlle H... était dans un état très-satisfaisant : elle avait eu trois garde-robes, suivies seulement de l'émission de quelques gouttes de sang; les douleurs étaient moins vives au passage des matières; la surface résultant de la chute de l'eschare était très rétrécie et peu douloureuse, grâce aux applications aqueuses continues.

Le 11 août, la fissure et la plaie résultant de la seconde opération étaient guéries.

Le 28 août, je cautérisai avec la pince porte-caustique en T une hémorrhoïde interne placée à droite et une forte portion d'appendice cutanée qui lui correspondait. Le régime et les suites furent à peu près les mêmes qu'après les deux premières opérations. L'eschare se détacha le troisième jour; et la première garde-robe eut lieu le cinquième.

A la fin du mois d'octobre, la malade allait très-bien et n'éprouvait que quelques cuissons après les selles; la surface résultant de la chute de l'eschare était en grande partie cicatrisée.

Dernièrement j'ai revu Mlle H... Depuis l'opération, il n'y a plus eu d'hémorrhagies; les forces sont revenues, et elle ne souffre plus en allant à la garderobe.

Ce fait, remarquable sous plusieurs rapports, prouve donc que lorsqu'un malade porte des tumeurs hémorrhoïdales anciennes, volumineuses, et une fissure à l'anus, la cautérisation circulaire des tumeurs avoisinant la fissure permet d'espéror la guérison de l'affection principale et de sa complication. Dr Amussat fils.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier, par le docteur Félix Roubaud.

Comme la femme de César, la science ne doit pas même être soupçonnée. Or, à l'apparition de cet ouvrage, nous nous sommes de suite demandé si le besoin s'en faisait réellement sentir dans le mondé médical; puis, inclinant tout d'abord à répondre négativement à cette question, une inquiétude nous a saisi, c'est que l'auteur n'aspirât, par les détails scabreux d'une autre pornographie, à la gloire de captiver l'attention d'une classe de lecteurs autres que les médecins, celle des hommes blasés et des esprits libertins. Comme cette sus-

picion est grave, et que les intentions de M. Roubaud au moins la combattent formellement, nous ne voulons pas qu'elle reste un instant à sa charge. Les lignes suivantes, que nous trouvons en tête de son ouvrage, suffiront, nous en sommes sûr, pour le justifier et pour nous justifier tout ensemble. « Sans doute, dit M. Roubaud, cette entreprise menée par un esprit plus habile, et signée d'un nom plus autorisé que le mien, eût rencontré des obstacles tout à la fois moins nombreux et moins variés que ceux dont mon insuffisance a eu à triompher, et l'œuvre eût été meilleure ; mais j'ai suppléé aux qualités qui me manquaient par un travail dont l'ardeur n'a été égalée que par la pureté des intentions qui m'animaient, à ce point que, quel que soit le sort réservé à cet ouvrage, je reste avec la conscience de n'avoir laissé dans l'ombre aucune partie de l'histoire physiologique et pathologique de la fonction génératrice, et en même temps de n'avoir jamais enfreint les lois de la morale et de la chasteté, car la science a sa pudeur. — Aussi, dirai-je en terminant : si quelqu'un cherche dans cet ouvrage autre chose que de la science, s'il compte y trouver, non une intention, mais seulement un mot de luxure, qu'il n'aille pas plus loin ; il serait complétement déçu dans ses espérances. » Ainsi, on le voit, bien que M. Roubaud n'ait été mû que par une intention purement scientifique, en publiant cet ouvrage, il n'a pas laissé lui-même de se préoccuper des inspirations malsaines qu'y pourraient chercher les esprits dépravés. Mais, suffira-t-il de ces deux mots de préface, pour les détourner d'une lecture qui n'est pas faite pour eux ? Nous l'avouerons franchement, nous n'osons pas l'espérer. C'est parce que nous avons ces craintes, et que nous ne voudrions pas que les leçons de la science servissent jamais d'excitation ou de pâture aux appétits cyniques, que nous nous demandons si la médecine ne perd pas toujours un peu de sa dignité par la publication de tels livres. — Ce n'est pas assurément que nous prétendions que les questions intéressantes dont traite notre honorable confrère dans son ouvrage doivent être supprimées ; c'est là une pruderie qui n'est plus de notre temps : seulement nous pensons que, pour que la science ne s'expose pas au danger de servir de proxénète au vice parfumé, il vaudrait mieux que de tels sujets ne fussent pas traités dans un ouvrage spécial, qu'il n'y eût de place pour eux que dans les traités généraux, où les hommes seuls qui auraient besoin de s'éclairer sur ces questions seraient aptes à les trouver.

Il y avait encore un autre motif pour que M. Roubaud s'abstînt dans cette circonstance, et donnât à son ardeur pour le travail une

autre et plus prudente direction ; c'est, comme il nous l'apprend lui-même avec modestie, que son livre n'est guère qu'un exposé succinct de l'état actuel de la science sur les questions diverses qui se posent à propos du sujet qu'il traite. C'est ainsi qu'une bonne partie de son ouvrage, sous le titre de *Physiologie de l'espèce*, ne contient rien de plus, et même quelque chose de moins, que ce que l'on sait aujourd'hui sur la copulation, sur la fécondation, sur la durée de la fonction génératrice, sur la menstruation, sur les rapports de la fonction génératrice avec les autres fonctions de l'organisme, etc.

Lorsqu'enfin, après cette espèce d'école buissonnière, M. Roubaud aborde le sujet de son ouvrage, apporte-t-il quelque lumière dans les nombreuses questions qu'il traite ? Pour parler net, nous ne le croyons pas. Nous ne voyons rien de neuf, par exemple, dans les nombreux chapitres qu'il consacre à l'impuissance, étudiée chez l'homme et chez la femme. Çà et là, nous trouvons seulement quelques anecdotes empruntées à l'histoire intime des filles de marbre ou de plâtre, et auxquelles le style de l'auteur, avec ses fioritures, n'enlève point leur caractère léger, pour les convertir en faits scientifiques. Nous citerons dans ce genre l'histoire fort décolletée du fils d'un général de l'empire, qui se trouvait impuissant en face de toute femme qui n'était pas blonde, n'avait pas de tire-bouchons, une robe de soie, des brodequins et un corset, et le tout, parce que le petit monsieur avait fait ses premières armes, un peu prématurément, avec une femme qu'il n'avait jamais vue que sous cet appareil compliqué. Moins la vraisemblance, c'est l'histoire de la Vénitienne au teton borgne de Rousseau. Y a-t-il au moins quelque originalité dans le traitement ? Nous ne le croyons pas davantage. Nous aurions à faire à peu près les mêmes remarques sur les longs chapitres consacrés à la stérilité dans l'un et l'autre sexe. Rien de nouveau sur tout cela que la forme.

Un mot donc de celle-ci. Cette forme élégante souvent, presque toujours légère, trahit, quoi qu'en dise l'auteur, ses honnêtes et scientifiques intentions. C'est là le danger presque inévitable en traitant, en dehors d'un cadre scientifique qui oblige, un sujet de cet ordre. Si l'on a de l'esprit, il entraîne ; si on en manque, on en veut faire ; dans les deux cas, la sévérité didactique de la science est fortement compromise. Qu'on lise le tableau que trace l'auteur de l'émotion voluptueuse : est-ce ainsi que doit se traduire cette émotion, quand c'est un physiologiste, un médecin qui parle à des physiologistes, à des médecins ? Outre que ce tableau rend mal cette

sensation, parce qu'il l'exagère, et semble prendre à la lettre la métaphore d'un grand homme, les couleurs y sont trop vives; ce n'est point là la science avec son chaste pinceau. Au reste, il semble que cette physiologie un peu anacréontique ne laisse pas que d'éveiller de temps en temps quelques scrupules dans la conscience de l'auteur. Nous avons vu d'abord que, dans les quelques pages qui précèdent son livre, il s'est défendu contre un reproche possible, mais que nous ne lui adressons pas, parce que l'homme ne faut que par l'intention; ensuite, il se plaît à citer pas mal de passages risqués, qu'il emprunte à divers médecins honorables, dont il se fait ainsi d'innocents complices : *aver compagni al duol scema la pena*. Nous ne citerons qu'un exemple, c'est une page que nous ne reproduirons pas, et qu'il emprunte à Virey. Pauvre Virey ! vous rappelez-vous le placide, l'obèse, le très-peu Adonis Virey : eh bien! lui aussi s'émut un jour, en touchant à certaines questions; cette émotion fut telle, qu'en présence de sa prose soupirante, haletante, délirante, l'ode de Sapho paraît avoir été écrite avec une plume trempée dans de l'eau de guimauve.

Nous nous sommes laissé entraîner plus loin que nous ne voulions, en parlant de ce livre, qui n'est certainement pas dépourvu de tout mérite littéraire; nous eussions pu nous contenter d'un mot, pour traduire l'impression qu'il nous a laissée : si quelque jour la science se traduit en feuilletons, le livre de M. le docteur Roubaud serait un parfait modèle à imiter.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du traitement des ulcérations et des crevasses du mamelon chez les nourrices, par l'emploi du collodion et de la baudruche. — M. Legroux n'a pas hésité à appeler l'attention de ses collègues de la Société des hôpitaux sur ce moyen thérapeutique bien modeste et bien simple, mais d'une application fréquente dans la pratique. L'on sait quels obstacles les crevasses apportent à l'allaitement, combien cette petite maladie est douloureuse pour la mère; c'est au point que souvent il lui devient impossible de supporter la succion de l'enfant. Le mamelon, excorié à son sommet, fendillé à sa base, partiellement détaché et même complétement détaché, devient souvent le point de départ d'une inflammation qui envahit une partie ou la totalité du sein. La plupart des moyens conseillés en pareil cas, surtout lorsqu'il existe des crevasses, n'apportent qu'un soula-

gement momentané, dont les effets sont annulés chaque fois que l'enfant est approché du sein. Pour obvier à ces inconvénients, l'idée m'est venue, dit M. Legroux, d'envelopper le mamelon d'un épiderme artificiel, sur lequel se passerait l'effort de succion. La baudruche m'a paru très-propre à remplir cette indication. Seulement il fallait l'agglutiner à l'aide d'une substance insoluble dans la salive, le lait, la transpiration cutanée. Le collodion, rendu élastique par l'addition de 50 centigrammes d'huile de ricin et 1 gramme 50 centigrammes de térébenthine par 30 grammes, nous a rendu ce service. A l'aide d'un pinceau, on étale au pourtour du mamelon une couche mince de cette substance, dans un rayon de quelques centimètres. On applique par-dessus une pièce de baudruche percée de quelques trous d'épingle, au niveau du mamelon, pour laisser passer le lait. On évite d'étendre le collodion sur le mamelon, qui en serait très-douloureusement impressionné. La vaporisation rapide de l'éther amène une prompte dessiccation du collodion et l'agglutination presque immédiate de la baudruche. Le mamelon se trouve ainsi plus ou moins affaissé par la baudruche qui le recouvre et qui se tend en se desséchant. Lorsque l'on veut approcher l'enfant du sein, on mouille avec de l'eau sucrée le bout du mamelon. La baudruche qui le recouvre devient molle et souple, se prête à l'ampliation de ce petit organe, tout en préservant les ulcères et crevasses contre les efforts de la succion. L'allaitement se fait alors avec une extrême facilité, avec peu de douleurs, et dans l'espace de quelques jours, les ulcères et crevasses sont guéris. S'il arrive que, pendant une succion active, la baudruche se crève, on la remplace. Dans nos hôpitaux, il y a des femmes qui n'apportent que mauvaise volonté dans l'allaitement de leurs enfants, elles mettent aussi de la résistance à l'emploi du moyen, pour n'être pas contraintes de remplir leur devoir de mères. Mais, avec de la surveillance, on parvient presque toujours à le leur faire supporter et à atteindre le but. Quant aux autres, elles se trouvent immédiatement délivrées des cruelles souffrances que leur causait l'allaitement, et peuvent allaiter leurs enfants comme si elles n'avaient éprouvé aucun accident du côté du sein. On peut dire qu'avec ce moyen, il n'y a plus d'ulcères ou crevasses du mamelon.

Là ne paraissent pas devoir s'arrêter les services que l'on peut en attendre. Récemment, sur une femme dont l'affection du mamelon avait provoqué une tuméfaction phlegmoneuse de la partie inférieure du sein, la baudruche appliquée sur le mamelon, et prolongée sur toute la partie phlegmonée, permit à la mère de livrer

son sein à l'enfant, et le dégorgement inflammatoire s'opéra dans l'espace de deux à trois jours. Sans doute, l'élimination du lait a dû contribuer à la résolution. Mais l'imperméabilité de l'enveloppe ne paraît pas devoir lui être étrangère. Car sur une autre femme, le sein droit, privé de mamelon, ne put être dégorgé par la succion, il devint le siége d'un engorgement considérable, avec douleur et dureté. Je le fis envelopper de baudruche, et dans l'espace de deux à trois jours, il s'est dégorgé.

Conclusions de la Commission chargée de suivre les expériences de M. Landolfi a la Salpêtrière. — En signalant, l'an dernier, le nouveau traitement dirigé contre les affections cancéreuses par M. Landolfi, nous avons annoncé qu'une Commission de médecins et de chirurgiens empruntés aux hôpitaux civils et militaires, ainsi qu'à la pratique civile, avait été chargée de suivre les essais que le chirurgien napolitain devait tenter à la Salpêtrière. Cette Commission, composée de MM. Broca, Cazalis, Furnari, Mounier, Manec et Moissenet, vient de publier son rapport, et nos lecteurs vont voir, par les conclusions que nous plaçons sous leurs yeux, ce qu'il faut penser de toutes les espérances conçues par M. Landolfi et de la prétendue spécificité anticancéreuse du chlorure de brome. Nous n'avons pas attendu ce verdict pour apprécier ces nouvelles tentatives ; un de nos sagaces correspondants, M. Philipeaux, est venu aussi montrer le peu de valeur de la partie chirurgicale des procédés de M. Landolfi. Le rapport de la Commission, en venant corroborer ce qui a été dit dans ce journal de l'action locale, montre qu'il n'y a pas plus de confiance à avoir au chlorure de brome donné à l'intérieur qu'à son emploi chirurgical comme caustique. Voici ces conclusions :

1° La méthode de M. Landolfi se compose d'un traitement interne et d'un traitement local.

2° Le traitement interne, qui consiste dans l'administration du chlorure de brome à l'intérieur, n'a pas la moindre valeur thérapeutique spéciale contre le cancer.

3° Le traitemeent local consiste dans l'application du caustique suivant :

Chlorure de brome.............	3
Chlorure de zinc..	2
Chlorure d'antimoine...........	1
Poudre de réglisse..............	1

4° Parmi les trois éléments dont se compose ce caustique, il en est

deux, le chlorure de zinc et le chlorure d'antimoine, qui sont déjà connus depuis longtemps et employés comme caustiques. Ces deux chlorures combinés en même proportion que dans le caustique de Canquoin sont la seule partie réellement active de la préparation de M. Landolfi.

5° Le chlorure de brome n'agit dans ce mélange qu'en soulevant l'épiderme et en livrant ce dernier dénudé à l'action des deux autres chlorures, résultat de minime importance, que produit tout aussi bien une application vésicante quelconque faite immédiatement avant l'usage de la pâte Canquoin.

6° La préparation employée par M. Landolfi n'est donc que le caustique Canquoin déguisé, masqué par un corps coloré et odorant, conservant inaltérée son action cautérisante, mais ayant perdu sa précieuse propriété d'agir sur les tissus avec une précision mathématique. Le chlorure de brome ne fait que gâter le mélange en le rendant fusible, beaucoup plus difficile à manier, et beaucoup plus infidèle dans ses résultats.

7° Le caustique Canquoin, modifié par M. Landolfi, ne met les malades sur lesquels il est appliqué, ni à l'abri des érysipèles, ni à l'abri de l'hémorrhagie consécutive. Il n'est plus permis, par conséquent, de prétendre qu'il soit exempt de dangers.

8° Ce caustique, infiniment plus douloureux que la plupart des autres, éveille des souffrances très-vives, qui durent en général pendant six à huit heures et qui peuvent se prolonger pendant plus de vingt-quatre heures. L'opium et les autres narcotiques sont impuissants à calmer ces douleurs, dont la durée est beaucoup trop longue pour qu'on puisse seulement songer à soumettre les malades aux inhalations anesthésiques.

9° Le mode d'application adopté par M. Landolfi est entièrement vicieux et en opposition avec toutes les règles de l'art. Au lieu de chercher à détruire les tumeurs cancéreuses en une seule fois, M. Landolfi les attaque par des applications partielles et successives. C'est la conséquence naturelle de la composition d'un caustique dont la sphère d'action n'est pas exactement calculable, et dont le maniement exige des tâtonnements continuels.

10° Ces applications successives, répétées jusqu'à quinze et vingt-deux fois sur certains malades, provoquent une somme de douleurs supérieure à tout ce qu'on connaît jusqu'ici.

11° Elles donnent au traitement une durée indéterminée et retardent infiniment la cicatrisation.

12° L'irritation incessante qu'elles provoquent semble de nature

à favoriser les récidives, ainsi que l'expérience ne l'a que trop démontré, et ainsi que le savent tous ceux qui possèdent les plus saines notions de la chirurgie traditionnelle.

13° Enfin, la méthode curative du cancer, appliquée par l'inventeur lui-même sur neuf cancers du sein et sur trois cancroïdes, a donné les résultats suivants : parmi les neuf cancers du sein, nous comptons deux décès, quatre aggravations notables, trois cicatrisations avec répullulations immédiates; par conséquent, aucune guérison.

Sur trois cancroïdes, une seule guérison ; une cicatrisation suivie de répullulation, enfin une exacerbation qui nécessite l'amputation du membre.

En résumé, la méthode de M. Landolfi n'est applicable qu'à une partie des cancers réputés chirurgicaux; elle est plus douloureuse et plus incertaine que plusieurs autres méthodes de cautérisation; elle est inférieure, en particulier, à la méthode de M. le docteur Canquoin, dont elle n'est que la copie infidèle et altérée; elle peut, comme tous les autres traitements, réussir à détruire certaines tumeurs et à conduire les malades jusqu'à la cicatrisation; mais elle est tout à fait impuissante à conjurer les récidives, qu'elle semble plutôt provoquer; enfin loin de constituer un progrès, elle n'est qu'une illusion de plus à ajouter à celles dont l'histoire du cancer offre de si nombreux exemples.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchements (*Indications spéciales de l'emploi du seigle ergoté et du borate de soude dans les*). On revient beaucoup en Allemagne à l'administration du borate de soude comme succédané du seigle ergoté, comme moyen d'activer les contractions utérines et de terminer le travail. Il y aurait cependant, d'après le docteur Spengler, des différences notables entre le seigle ergoté et le borate de soude, ce dernier, préférable chez les femmes à sensibilité très-vive, dans un état spasmodique, présentant des crampes, de fortes douleurs utérines et des symptômes gastriques; le premier convenant au contraire aux femmes à fibre molle, lâche, lymphatique, débile. Chez les femmes, du reste, qui sont à bout de forces et dont les douleurs sont fortes, intolérables, il est bon, d'après Spengler, d'associer au seigle ergoté l'éther sulfurique comme calmant. En général, il faut donner la préférence à l'infusion de seigle, à la dose de 2 gram. pour cent de véhicule avec addition de 2 grammes d'éther environ, à prendre par cuillerées dans le cas de complication gastrique. L'huile de ricin suffit du reste quelquefois pour ranimer les contractions de l'utérus. (*Monatschr. f. Geburtsk.*)

Albuminurie (*Obs. d'*) *guérie par les purgatifs, les révulsifs locaux et les ventouses scarifiées*. En rappelant ici un fait de guérison obtenue par M. Schützenberg à l'aide des purgatifs, des révulsifs locaux et des ventouses scarifiées, nous avons bien moins pour but de ramener l'attention vers des moyens déjà éprouvés et connus de tous, que de faire pénétrer dans l'esprit des médecins cette conviction,

que l'albuminurie n'est pas aussi souvent qu'on le pense au-dessus des ressources de l'art. S'il est en effet des maladies de Bright véritablement incurables, par cela même que, datant de plusieurs années, elles se lient à une atrophie des reins, et qu'il est à peu près impossible de restituer aux organes sécréteurs de l'urine leur texture normale; s'il en est d'autres dont la curabilité est douteuse, parce que, datant de plusieurs mois, elles se lient à une obstruction plus ou moins complète des canaux urinifères par un exsudat fibrino-albumineux et à la dégénérescence graisseuse, et que la guérison est subordonnée à la quantité de tissu rénal ayant conservé sa texture normale, il en est d'autres dans lesquelles l'altération du rein est relativement récente, et permet par conséquent d'espérer la guérison. Tel était le cas du malade de M. Schützenberg, âgé de quarante-neuf ans, qui, indisposé depuis plusieurs mois, avait été pris depuis un mois seulement de toux et d'enflure des jambes d'abord, puis du tout le corps. Traité par l'eau laxative de Vienne, les ventouses scarifiées dans les régions rénales, deux vésicatoires volants sur la poitrine, la proportion d'albumine diminua en deux jours de 58 grammes à 15; après huit jours, elle était tombée à 3 p. 1000, et enfin, après avoir varié entre 4 et 5, elle se réduisait à de simples fractions en quinze jours, et en un mois et demi le malade marchait vers la convalescence, qui ne s'est pas démentie depuis. (*Gaz. hebd. de méd.*, mai.)

Arthrite *suppurée (Guérison possible de l') avec conservation des mouvements.* Les auteurs sont unanimes pour admettre que *toujours* l'arthrite suppurée se termine d'une manière plus ou moins fâcheuse. D'après eux, certains malades succombent aux suites d'une infection purulente; chez d'autres, la maladie articulaire nécessite l'amputation au-dessus de la jointure; quelques-uns, enfin, les plus heureux et les moins nombreux, finissent par guérir, en perdant l'usage de l'articulation affectée. La maladie se termine alors par une ankylose plus ou moins complète. Il résulte cependant de trois observations rapportées par M. Blot que, chez les femmes récemment accouchées en particulier, un autre mode de terminaison est possible, la guérison avec conservation des mouvements. Ainsi, dans le premier cas, chez une femme de dix-huit ans, récemment accouchée, une arthrite du pied droit obligea M. Monod à pratiquer deux incisions de 3 à 4 centimètres, qui donnèrent issue à du pus bien lié, mêlé de traînées de synovie, reconnaissable à sa couleur jaunâtre et à sa consistance comme sirupeuse; un stylet pénétrait dans l'articulation, et les mouvements du pied sur la jambe produisaient un frottement rugueux, une sorte de crépitation perceptible avec les mains et avec l'oreille. Les jours suivants, la proportion de synovie augmenta; mais après douze jours, la suppuration était tarie et on pouvait imprimer au pied quelques mouvements sans douleur. Malgré un gonflement survenu quelques jours après autour de l'articulation, les choses n'en marchèrent pas moins très-régulièrement, et après un mois la guérison était parfaite, sauf que la malade ne pouvait pas encore appuyer le pied par terre. Un mois après, la marche était rétablie et l'articulation entièrement libre, sans ankylose. Dans le deuxième cas, chez une femme de trente-cinq ans, également accouchée récemment, il survint dans les deux genoux un épanchement séreux qui ne se résorba pas à gauche, et dans le deuxième mois, il survint dans cette articulation un travail inflammatoire, de la suppuration, et il s'établit bientôt spontanément, à la partie inférieure et externe de l'articulation, une ouverture par laquelle s'écoula une quantité abondante de pus. Plusieurs contre-ouvertures furent pratiquées en différents points. La suppuration, de bonne nature, alla en diminuant graduellement; un mois après environ, le genou fut guéri; les mouvements se rétablirent peu à peu; mais la malade n'a jamais pu fléchir le genou au delà de l'angle droit. Dans le troisième cas, plaie pénétrante du genou chez un jeune homme de dix-huit ans, suivie de suppuration; la guérison a été rapide et les mouvements conservés.

En outre de ce que ces faits se sont produits principalement chez des femmes accouchées, c'est-à-dire dans les conditions dans lesquelles le pus se produit avec le plus de facilité et de rapidité, M. Blot se demande si la présence de la synovie dans l'écoulement purulent n'est pas la meilleure preuve que la synoviale avait conservé son intégrité dans ces cas, au moins dans une partie de son étendue. M. Blot pense d'ailleurs que le traitement n'a peut-être pas été

complétement étranger au succès obtenu. On se rappelle en effet que, aussitôt la suppuration devenue évidente, des incisions furent pratiquées de chaque côté de l'articulation malade; M Blot se demande, par conséquent, si des incisions suffisamment larges et nombreuses n'éviteraient pas les accidents sérieux signalés par la plupart des auteurs, tels que fusées le long des tendons, décollement des muscles, infiltration purulente, dénudation des os, ainsi que les altérations ultérieures des surfaces articulaires. (*Arch. de méd.*, mai.)

Blennorrhagie (*Injections de baume de copahu contre la*). Depuis l'époque, déjà assez reculée d'ailleurs, à laquelle les propriétés antiblennorrhagiques du copahu ont été connues, l'idée s'est souvent présentée aux médecins de donner le copahu en injections urétrales, au lieu de le faire prendre par la bouche ou en lavements. Tour à tour prise et abandonnée, cette pratique n'a jamais acquis droit de domicile dans la science. M. le docteur Dallas, qui vient la recommander aujourd'hui, sera-t-il plus heureux? Nous n'osons l'espérer. Ce n'est pas que ce traitement soit désagréable ou difficile. Nous voyons par les trois observations de M. Dallas que les malades n'en ont pas éprouvé de douleurs, mais de simples picotements; et d'ailleurs, la dose employée par M. Dallas n'a rien d'effrayant :

Pr. Baume de copahu.... 20 ou 24 gr.
Jaune d'œuf.......... N° 1.
Extrait gom. d'opium. 0,05 gr.
Eau.................. 216 gr.

en injections, plusieurs fois par jour. Cette dose a même été réduite, dans un cas, à 8 grammes en commençant, pour arriver graduellement à 20 grammes. Mais ce qui nous fait croire que ce traitement n'est pas appelé à remplacer l'administration du copahu à l'intérieur, c'est précisément la durée relativement assez longue de la maladie à partir du traitement. Dans le premier cas, la blennorrhagie datait de la veille, elle était d'une médiocre intensité. Au bout du deux jours, amélioration, écoulement et douleurs moindres. Cinq jours après, il n'y avait qu'une ou deux gouttes le matin, et les autres jours suivants, c'est-à-dire au bout de quatorze jours, guérison complète. Dans le deuxième cas, il est impossible de rien dire relativement à la durée de la blennorrhagie, le malade s'étant livré au coït avant la guérison. Dans le troisième cas, blennorrhagie très-intense, datant de quinze jours, ayant été compliquée d'epididymite. Traitement par les injections de copahu à dose croissante. Guérison seize jours après. Nous pensons cependant que, dans les cas d'intolérance absolue de la part de l'estomac et du gros intestin, il y aurait peut-être lieu de tenter d'abord ces injections de copahu avant d'en venir aux injections caustiques, toujours fort douloureuses pour les malades. Mais n'y aurait-il pas avantage à employer dans ces cas l'essence de copahu, sur laquelle, il y a de nombreuses années déjà, M. Dublanc avait appelé l'attention des thérapeutistes? c'est ce que laisse prévoir l'article qui suit.

Blennorrhagie (*Nouvelle méthode de son traitement local par l'essence de copahu*). Sous ce titre, M. Langlebert vient d'adresser à l'Académie la note suivante :

Le baume, ou mieux l'*oléo-résine* de copahu, est formé, comme on le sait, de 32 à 47 pour 100 d'une huile essentielle, dont la composition est identique à celle de l'essence de térébenthine, et d'une résine particulière jouissant de propriétés acides (acide copahisique). Cette substance, administrée à l'intérieur pour guérir la blennorrhagie urétrale, a une double action thérapeutique : une action générale et une action locale, qui s'exerce par l'intermédiaire de l'urine. Pour expliquer l'action locale de l'urine copahifère, on a prétendu jusqu'à présent que le copahu subit dans les reins une modification particulière, inconnue, en vertu de laquelle il communique à l'urine, qui le dissout, le pouvoir de guérir l'urétrite, en passant sur la muqueuse enflammée. Cette manière de voir est aujourd'hui généralement admise, et elle a pour elle une certaine apparence de réalité. En effet, le baume de copahu, injecté pur ou émulsionné dans l'eau, n'a le plus souvent aucune influence sur la blennorrhagie urétrale, tandis que des injections d'urine copahifère la modifient favorablement. Mais cette vertu médicatrice de l'urine copahifère tient-elle, comme on le dit, à une modification que le copahu subirait dans le filtre des reins, ou bien n'est-elle que le résultat de la dissolution de ce corps ou de l'un de ses éléments dans l'urine? Les connaissances physiologiques que nous possédons aujourd'hui sur le

mécanisme de la sécrétion urinaire ne permettent plus de croire à cet acte mystérieux de *chimie vivante*, qui changerait ainsi dans les reins la nature et la composition du copahu, ou de toute autre matière introduite dans l'économie. Les reins sont des organes d'élimination, et non d'élaboration ou de transformation. Les substances médicamenteuses n'éprouvent, en traversant ces organes, aucun changement moléculaire; elles sont simplement séparées de la masse du sang, pour être rejetées au dehors avec l'urine, qui les dissout.

Examinons maintenant si le copahu se dissout tout entier ou en partie seulement dans l'urine. La première condition que doit remplir une substance pour être éliminée par les reins, c'est d'être soluble dans l'eau. Les matières grasses, qui sont insolubles, ne passent pas par l'urine. Il en est de même des résines, dont la composition et les propriétés chimiques ont tant d'analogie avec celles des corps gras : jamais on ne retrouve dans l'urine les résines de jalap, de scammonée, ou autres résines analogues introduites dans l'organisme. Il résulte de ce fait que le copahu, composé d'une résine et d'une essence, ne peut se dissoudre tout entier dans l'urine. Transporté par le sang, ce médicament subit dans les reins, à la peau, à la surface pulmonaire, etc, une sorte de distillation : son essence, qui est légèrement soluble dans l'eau et très-diffusible, se sépare et s'élimine sans altération, tandis que sa résine reste dans la masse du sang, pour être brûlée ou peut-être transformée en une matière assimilable. L'urine copahifère ne doit donc ses propriétés antiblennorrhagiques qu'à la présence d'une petite quantité d'huile essentielle de copahu qu'elle tient en dissolution, et qui lui communique son odeur caractéristique. Si le copahu injecté par dans l'urètre ne guérit pas la blennorrhagie, cela tient à la résine, dont l'action locale, presque toujours nuisible, paralyse l'effet utile de l'essence. Mais si, au lieu de copahu pur, on injecte une dissolution aqueuse ou légèrement alcoolisée d'huile essentielle de copahu, on obtient le même résultat thérapeutique qu'avec les injections d'urine copahifère. C'est ce qui résulte de plusieurs expériences comparatives que j'ai faites à ce sujet, et qu'il est facile de reproduire. Les faits et les considérations qui précèdent m'ont servi de base, dit M. Edmond Langlebert, pour établir une nouvelle méthode de traitement local de la blennorrhagie par l'essence de copahu J'indiquerai les règles et les effets de cette méthode dans un prochain Mémoire, que j'aurai l'honneur d'adresser à l'Académie.

Dyssenterie (*Formule d'un poudre composée très-efficace contre la*). Sans avoir de goût pour la polypharmacie, il nous est impossible de ne pas faire remarquer combien sont fâcheuses à cet égard les tendances de notre époque. Dans le désir de savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de tel ou tel moyen composé, on emploie à part chacun des agents qui entrent dans sa composition, et de ce qu'on n'a pas obtenu de chacun pris isolément les effets qu'on en attendait, on conclut que l'on peut sans inconvénient réduire les matériaux constituants de l'ancienne formule. Malheureusement l'expérience vient trop souvent montrer que ces formules ainsi décapitées ne répondent plus à l'attente du médecin. Il convient donc d'apporter moins de légèreté dans les modifications que l'on fait subir aux formules données par tel ou tel auteur, et de se convaincre d'abord expérimentalement que les corrections n'apportent aucun changement à la valeur du traitement, avant de recommander des modifications de ce genre.

Tout ce qui précède ne s'applique, du reste, que d'une manière très-éloignée à la formule d'une poudre très-efficace contre la dyssenterie, communiquée par M. le docteur Fave à l'Académie de médecine en 1843, et dont M. Bertherand vient de rappeler les bons effets dans une brochure récemment publiée.

Pr. Poudre d'écorce de chêne vert	3 gr.
Parties spongieuses de l'églantier	1 gr.
Scille en poudre	0 gr. 19
Vanille	0 gr. 05
Amidon	0 gr. 07

Ce qui fait un paquet d'environ 5 grammes. Cette poudre est administrée le matin au réveil, ou mieux, le soir au coucher, dans un peu de café, de miel ou de confitures chez les enfants. Le goût n'en est nullement désagréable : mélangée avec un liquide, cette poudre s'avale très-facilement. A la suite de son ingestion, sorte de tonicité générale, rappel et surcroît rapide des forces, prompt rétablissement des fonctions digestives, et sur-

tout activité remarquable de l'appétit au bout de peu de jours.

Dix-neuf individus atteints de dysenterie, appartenant à divers âges, ont été soumis à cette médication par M. Bertherand; ils ont tous été radicalement et surtout promptement guéris, que l'affection fût aiguë ou chronique. Le cas le plus intéressant observé par notre confrère est celui d'un menuisier, atteint depuis longtemps d'un flux dyssentérique qui n'avait pas tardé à se compliquer d'hémorrhoïdes externes. Souffrances atroces, maigreur extrême, forces tellement atténuées qu'il pouvait à peine se tenir debout. Après l'usage quotidien de cette poudre pendant un mois, il n'y avait plus de perte sanguine intestinale, ni de tumeur à l'anus; avec l'appétit, les forces étaient revenues assez complètes pour qu'il pût reprendre son travail.

C'est surtout dans les cas de diarrhée simple ou sanguine, mais parfois abondante, qui épuise les enfants en travail de dentition, que la dose d'un paquet, fractionnée en plusieurs portions, peut être administrée dans la journée, et peut rendre de très-grands services.

Maladies du cœur (*Emploi de la vératrine dans les*). Il était bien naturel qu'on demandât à la vératrine, à un sédatif aussi remarquable du système circulatoire, les moyens de calmer les accidents les plus inquiétants des affections du cœur, sinon de les guérir. Déjà, dans les hôpitaux de Paris, nous savons que cet emploi a été fait assez largement, en particulier par MM. Aran, Béhier, etc.; nous voyons que des tentatives semblables ont été faites avec quelque succès à l'hôpital de Bordeaux, dans le service de MM. Gintrac. Un terrassier âgé de cinquante-six ans, sujet depuis bien des années à de la toux, de l'oppression, des palpitations de cœur et à de l'œdème des membres inférieurs, présentait en outre des signes d'un catarrhe pulmonaire, des battements du cœur tumultueux, étendus, précipités, s'accompagnant d'un bruit de souffle très-dur au premier temps. Quelques loochs kermétisés avaient calmé assez facilement la toux, avaient diminué et modifié avantageusement l'expectoration. Les symptômes dénotant la maladie du cœur n'avaient nullement changé : le pouls était assez développé, irrégulier, à 120 pulsations par minute. Pendant les mois de novembre, décembre et janvier, le nitrate de potasse, la scille, la digitale la scammonée, la gomme-gutte furent employées sans résultats avantageux, ainsi que des vésicatoires de la région précordiale. Les jambes étaient entièrement tuméfiées. Des mouchetures ne produisirent qu'un dégorgement momentané. Peu de jours après, l'œdème reparaissait et envahit même les membres supérieurs. La vératrine fut donnée alors, pendant un mois, en pilules de 5 milligrammes chacune, d'abord au nombre de 2, et successivement de 4, 6 et 8 par jour. Le médicament fut parfaitement toléré par l'estomac; il ne parut en aucune manière augmenter l'activité fonctionnelle des organes digestifs ou urinaires; mais les systèmes circulatoire et respiratoire furent réellement impressionnés, et cette influence se traduisit par un ralentissement du pouls et une diminution dans la force d'impulsion du cœur. Dès le dixième jour de l'emploi de la vératrine, pouls devenu plus régulier et descendu à 80; battements du cœur moins précipités. Le vingtième jour, le bruit de souffle n'était plus distinct, et l'œdème des membres inférieurs avait considérablement diminué. Le trentième jour, toute trace de maladie du cœur avait complètement disparu; pouls régulier, à 60; rhythme normal des battements du cœur; plus d'œdème ni d'oppression. Le malade éprouve un bien-être qu'il n'a pas senti depuis longtemps et qu'il éprouvait encore vingt jours après, lorsqu'il a quitté l'hôpital. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, avril.)

Névralgie *faciale rebelle, avec contracture des masseters, guérie par l'hydrothérapie.* Nous revenons souvent sur les succès obtenus avec l'eau froide, parce que l'hydrothérapie nous paraît appelée à rendre les plus grands services dans les cas désespérés, et aussi parce que ce traitement, quoi qu'en disent les intéressés, peut être facilement institué, et à peu de frais, partout où il existe un réservoir d'eau froide au voisinage de la maison du malade. Nous rapportions dernièrement un cas de névralgie sciatique guérie par les frictions d'eau froide; M. Fleury a fait connaître de son côté un fait de névralgie faciale très-grave, de sept ans de durée, accompagnée de contracture des muscles masseters, d'impossibilité absolue de parler et de mâcher, de ptyalisme abondant et continu, contre lequel un grand nom-

bre de médications diverses s'étaient montrées inefficaces. Traitement : le matin, sudation en étuve sèche, suivie d'une douche froide générale en pluie et en jet ; dans l'après-midi, douche froide générale. Ce traitement fut commencé le 3 décembre. L'amélioration fut d'abord peu sensible ; mais, vers le treizième ou quatorzième jour, l'état de la malade s'améliora rapidement. Le 17 décembre, douleurs très-peu intenses ; possibilité de parler, de boire, de manger, sans grande souffrance ; en même temps, appétit meilleur, renvois acides ou nidoreux beaucoup moins fréquents. 29 janvier, sauf quelques courts accès de douleur, l'amélioration a fait des progrès croissants : mastication et parole très-faciles, salive très-bien retenue, appétit et digestion très-bons ; caractère revenu à ses conditions habituelles ; impressionabilité au froid diminuant de jour en jour. 20 février, guérison. La malade qui fait le sujet de cette observation est une religieuse âgée de cinquante-six ans, non réglée depuis l'âge de quarante ans, et chez laquelle depuis cette époque, des phénomènes dyspeptiques existant depuis très-longtemps s'étaient considérablement exagérés : gastralgie, avec renvois gazeux ou liquides, acides ou d'une odeur d'œufs pourris, survenant in différemment à toutes les heures de la journée ; gonflement épigastrique, somnolence après le repas, palpitations de plus en plus fréquentes, et de temps en temps vertiges avec nausées, suivis de vomissements bilieux, après lesquels la santé se rétablit parfaitement. Le début de la névralgie remontait au mois de février 1849 ; la douleur, considérée d'abord comme une odontalgie, s'étendit bientôt à la tempe droite, puis à toute la tête ; d'intermittente elle devint continue, et acquit un tel degré d'intensité que la parole devint complètement impossible, à cause des douleurs intolérables que déterminaient les mouvements des mâchoires ou des lèvres et le passage de l'air dans la bouche. (*Monit. des hôp.*, février.)

Ophthalmies (*Emploi de l'huile essentielle de térébenthine associée à l'huile de foie de morue dans les*). Il y a quelques années, Holbert avait conclu, de quelques essais dans son service à l'hôpital de Hambourg, à l'efficacité thérapeutique de l'essence de térébenthine dans l'iritis syphilitique. M. Beeker en avait déjà essayé l'emploi dans l'iritis rhumatismal, où il l'avait trouvé extraordinairement favorable. Depuis lors, il en a fait usage également dans d'autres ophthalmies opiniâtres, et tout récemment, pour en faciliter l'emploi, il l'a prescrite associée à l'huile de foie de morue. C'est ainsi qu'il a prescrit, à la dose d'une cuillerée à thé toutes les trois heures, un mélange de 4 grammes d'essence rectifiée de térébenthine et de 30 grammes d'huile de foie de morue, dans un cas d'ophthalmie catarrhale interne. Il a employé le même mélange pour une ophthalmie contagieuse, déjà traitée sans succès pendant six semaines ; puis, au bout de six jours, il l'a remplacée par la camphène, qu'on prépare en faisant distiller de l'huile de térébenthine sur de l'hydrate de chaux. Au bout de deux semaines, l'œil gauche était clair, la conjonctive modérément rouge, et, à droite, la cornée un peu trouble et la granulation beaucoup plus petite. Après quatre semaines de traitement, cet œil fut complétement clair. Dans ce laps de temps, le malade avait pris 20 grammes d'essence de térébenthine et un mélange de 80 grammes de camphène et de 100 grammes d'huile de foie de morue. (*Annales d'oculistique*.)

Paralysies *de la face* (*Obs.*) *traitées par l'électrisation localisée*. Vulgariser les bons traitements et les bonnes pratiques, tel nous a paru toujours le rôle du journalisme médical. Ce n'est certes pas une chose nouvelle que l'application de l'électricité au traitement de la paralysie de la face ; il n'en est pas moins vrai que ce traitement n'est pas aussi généralement répandu qu'il devrait l'être, et que M. Duchenne, de Boulogne, a rendu un véritable service à la science en insistant sur les avantages que les médecins et les malades peuvent en retirer. Nous trouvons dans un journal des départements deux faits qui témoignent en faveur de ce traitement. Le premier est une paralysie rhumatismale de la septième paire du côté gauche, survenue à la suite d'une longue exposition au froid chez un homme de trente-neuf ans ; la contractilité musculaire était peu affaiblie de ce côté. Trois séances d'électrisation localisée, dans lesquelles un des électro-réophores était placé derrière l'oreille, tandis que l'autre était porté sur les points de la face où le nerf envoie ses ramifications, rendirent les mouvements assez faciles ; cinq autres applications débarassèrent entièrement le malade de sa paralysie. Dans le second

cas, chez une petite fille de dix ans, paralysie du nerf facial gauche, dont la cause était inconnue, accompagnée d'une abolition complète de la contractilité électro-musculaire. Cette fois, les résultats do l'électricité furent moins brillants et surtout moins rapides. Ce ne fut qu'après dix séances que l'on observa un commencement de contraction dans les zygomatiques, et que la commissure gauche de la lèvre se releva légèrement. Après six nouvelles séances, le muscle orbiculaire des paupières se contracta faiblement, et bientôt ses mouvements furent plus étendus, mais sans que leur retour ait jamais été complet. Après cinquante séances, l'électricité fut abandonnée ; mais ce résultat était préférable à celui que tous les autres traitements avaient donné, sans être cependant très-satisfaisant. L'immobilité absolue du côté gauche de la face avait disparu en grande partie, les muscles se contractaient facilement, mais ils participaient aux mouvements de ceux du côté opposé. M. Orré, qui rapporte ces deux faits, conclut : 1° que l'électrisation localisée, employée contre la paralysie du nerf facial au premier degré, pourra, dans le plus grand nombre de cas, les faire disparaître facilement ; 2° que, employée contre la paralysie au second degré, l'électrisation pourra la guérir exceptionnellement d'une manière radicale, mais que, dans les cas où elle ne produirait pas un résultat aussi favorable, elle modifiera la maladie beaucoup plus efficacement que tous les autres agents thérapeutiques. (*Journal de médecine de Bordeaux*, avril.)

VARIÉTÉS.

Application du compteur à gaz à la mesure de l'air respiré.

M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire vient de communiquer à l'Institut un mémoire dans lequel M. Bonnet, de Lyon, correspondant do l'Académie, fait connaître l'application qu'il a faite, de concert avec M. Pomiès, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, du compteur à gaz à la mesure de l'air respiré.

On sait que toutes les Compagnies d'éclairage au gaz emploient un instrument désigné sous le nom de compteur, qui permet, à l'aide d'aiguilles marchant sur des cadrans, de reconnaître par une inspection rapide quelle est la quantité de gaz qui traverse un tuyau. Indépendamment de ces compteurs destinés à l'usage ordinaire et mesurant les litres, les décalitres et les hectolitres, etc., il en est qui ont un cadran sur lequel on peut reconnaître jusqu'au passage d'un soixantième de litre d'air. Ces compteurs, dits à expérience, sont ceux que MM. Bonnet et Pomiès ont eu l'idée d'appliquer aux études physiologiques et médicales.

Un compteur de ce genre, convenablement rempli d'eau et muni d'un tube avec une embouchure, permet de reconnaître en un instant la quantité d'air quo l'on y fait pénétrer par une série d'inspirations, quelque faibles qu'elles soient. Pendant qu'on souffle dans le tube, les aiguilles marchent simultanément sur le cadran qui marque les litres et sur celui qui indique les soixantièmes de litre ; elles s'arrêtent dès que cesse l'impulsion et permettent de juger immédiatement de la quantité d'air qui est sortie de la poitrine.

C'est en se servant du compteur à gaz pour mesuror l'air énergiquement expiré après uno ampliation du thorax, aussi complète que possible, qu'on peut le mieux reconnaître quelle est la différence que présentent, sous le rapport de la capacité pulmonaire, des individus bien portants, de taille et d'âge variés; c'est par la même méthode qu'on peut le mieux apprécier les changements que la maladie entraîne dans l'amplitude do la poitrine.

Dans les applications que M. Bonnet a faites du compteur à gaz à l'homme sain, il a été conduit à reconnaître la justesse des observations d'Hutchinson

sur le rapport de la capacité pulmonaire avec la taille et l'âge. D'après ces observations traduites en mesures françaises et exprimées en nombres ronds, on peut dire que, de vingt à trente-cinq ans, le maximum de la capacité pulmonaire est, pour une petite taille, de 3 litres, pour une taille moyenne de 3 litr. 1/2, pour une grande taille, de 4 litres. Si le sujet dépasse trente-cinq ans, il faut retrancher du chiffre obtenu d'après la seule considération de la taille, autant de fois 33 millilitres que le nombre de ses années s'élève au-dessus de 35.

Soit que l'on juge de la respiration normale par un calcul de ce genre, soit qu'on l'ait mesurée préalablement dans l'état de santé, ce qui est préférable, on peut déterminer le changement que la maladie a apporté dans la quantité d'air mise en circulation.

L'ensemble des mesures prises avec des gazomètres ou avec des compteurs, et appréciées d'après ces principes, permet d'établir qu'il n'est pas une seule altération du poumon qui ne diminue la capacité respiratoire; cette diminution, qui oscille ordinairement entre le tiers et les deux tiers de l'état normal, descend beaucoup plus bas quand les lésions qui ont oblitéré les vésicules sont graves et étendues ; ainsi, dans la phthisie avancée, dans la pneumonie, dans le catarrhe vésiculaire, dans l'emphysème, les plus fortes expirations ne peuvent s'élever au-dessus d'un litre. Ainsi, lorsqu'on expérimente sur une série d'individus sachant dilater et puis resserrer leur poitrine aussi complétement que possible, on peut, en tenant les yeux fixés sur les cadrans du compteur, juger, d'après le seul mouvement des aiguilles, quels sont ceux dont les poumons ont conservé leur intégrité et ceux chez lesquels des lésions pulmonaires entravent la circulation de l'air.

L'abaissement de la capacité respiratoire ne permet pas sans doute de distinguer les lésions diverses qui le produisent, mais il aide à juger de la gravité de la maladie et du degré auquel est conservée la fonction respiratoire.

La diminution de l'air mis en circulation fournirait aussi des éléments précieux si l'on voulait déterminer, dans l'état morbide, la quantité d'oxygène absorbé et celle de vapeur d'eau et d'acide carbonique exhalés.

La spirométrie peut aussi servir à l'appréciation des méthodes thérapeutiques. C'est même dans l'intention de reconnaître la valeur d'un appareil de mouvement, destiné à augmenter la souplesse des côtes et agrandir l'amplitude de la poitrine que M. Bonnet a été conduit à rechercher des méthodes précises et commodes pour juger de la quantité d'air inspiré et expiré. L'exactitude et la facilité que le compteur à gaz donne à de semblables mensurations engageront sans doute les cliniciens à faire usage de cet instrument, et la spirométrie, qui a été l'objet de beaux travaux en Angleterre et en Allemagne, ne tardera pas à se répandre en France.

La communication suivante sur les effets de l'inoculation préservative de la fièvre jaune pratiquée à la Havane, que M. le docteur Sénard vient d'adresser à la Gazette hebdomadaire, complètent les renseignements que nous avons fournis à cet égard.

Le brick de l'Etat, *le Méléagre*, vient de mouiller à Brest, après une longue station dans les mers des Antilles et le golfe du Mexique. Son chirurgien-major, M. Berg, a consigné, dans un rapport daté du 31 mars 1856, les observations recueillies pendant la campagne. Ce document renferme des données positives sur les résultats qu'a fournis l'inoculation, préconisée à la Havane par le docteur de Humboldt contre la fièvre jaune. Elles complètent les renseignements publiés déjà par ce journal, et doivent naturellement y trouver place.

M. Berg arrivait dans la capitale de Cuba six mois après le départ de la

Commission française envoyée par le gouverneur de la Martinique, et dont nous avons fait connaître ici le rapport. Le premier soin du chirurgien-major du *Mélégre* a été de « chercher à savoir si les individus inoculés avaient plus tard contracté la fièvre jaune. »

Nous lui laissons la parole :

« Dans ce but, j'ai visité tous les hôpitaux et me suis adressé aux médecins militaires ou civils les plus recommandables de la Havane. J'appris alors que, sur la frégate espagnole *Cortès*, 90 inoculés avaient succombé à la fièvre jaune ;

« Qu'à l'hôpital militaire, 200 hommes au moins avaient éprouvé le même sort, malgré l'emploi du virus.

« A l'hôpital du docteur Belot, j'ai pu constater moi-même 15 cas de fièvre jaune sur des personnes qui avaient été inoculées précédemment.

« Le fait était donc jugé jusqu'à mon départ, et même, en ce qui concerne les effets primitifs de l'inoculation, il fut admis, après expériences nombreuses, que l'usage des matières putréfiées d'un foie non modifié par le virus du reptile donnait lieu aux mêmes symptômes que ceux qui suivaient l'inoculation du liquide préparé par l'auteur de la découverte. »

M. Barbet a communiqué à la Société de pharmacie de Bordeaux un nouveau procédé pour reconnaître la quantité de fécule contenue dans les chocolats frelatés. Le premier et le plus connu consiste à débarrasser successivement, au moyen de traitements réitérés par l'éther et l'eau alcoolisée, le chocolat de la partie grasse et du sucre, puis à faire bouillir le résidu dans l'eau, qui dissout la fécule. A ce moyen fort long, M. Barbet substitue celui qui consiste à traiter par déplacement un poids donné de chocolat par l'éther et l'eau alcoolisée dans un petit tube muni d'un obturateur. Le résidu séché avec soin, puis placé sous le champ du microscope, permet d'évaluer approximativement le nombre de grains de fécule comparativement à la masse. On n'a ainsi qu'une approximation, mais suffisamment exacte, d'autant plus que les autres procédés ne fournissent non plus rien de rigoureusement exact.

M. Barbet signale encore deux empoisonnements survenus chez des personnes qui avaient mangé des œufs du poisson appelé *roussette*. Les symptômes observés ont été des douleurs abdominales violentes, de la chaleur aux extrémités, des selles très-abondantes, des vomissements et des syncopes, le tout suivi d'une éruption générale à la peau. Il est bon de faire remarquer que ces accidents ont été assez souvent observés depuis quelque temps, et qu'ils doivent fixer l'attention des médecins, qui sont quelquefois appelés pour des indispositions de ce genre, auxquels ils sont embarrassés d'assigner une cause.

Le Comité médical des Bouches-du-Rhône vient d'adresser la lettre suivante aux membres de l'Association des médecins de la Seine :

« Le Comité médical des Bouches-du-Rhône a suivi avec un vif intérêt l'affaire du docteur Andrieux, de Bar-le-Duc, et a trouvé comme vous, Messieurs et honorés confrères, que ce médecin, après avoir vu sa demande concernant ses honoraires rejetée par le maire de cette ville, avait eu raison de refuser la somme insuffisante que le Conseil municipal lui avait allouée à titre d'indemnité.

« Le Comité médical, comprenant la solidarité qui existe entre les membres d'un corps dont les services sont souvent méconnus, surtout pendant le règne des épidémies, s'associe à la louable résolution que vous avez prise d'attirer l'attention du pouvoir et de l'autorité judiciaire sur les questions que soulève l'appel, par le docteur Andrieux, du jugement qui le déboute de sa demande. Sans doute, l'intérêt public doit primer l'intérêt privé; mais il n'est pas dit pour cela qu'il faille soustraire aux médecins la juste rémunération de leurs peines, quand les municipalités se montrent si généreuses pour de moindres services.

« De tout temps, le corps médical s'est signalé par un noble dévouement et la plus grande abnégation, notamment à des époques de calamités publiques, et rarement des distinctions honorifiques ont compensé les sacrifices faits en faveur de l'humanité. Aussi le Comité médical des Bouches-du-Rhône a-t-il été unanime et pour abonder dans le sens de l'Association des médecins de la Seine, et pour décider qu'il était prêt à participer comme elle aux frais que pourra nécessiter la solution des questions qui intéressent à un si haut degré le corps médical tout entier.

« Sans préjuger l'arrêt de la Cour suprême, attendu avec confiance, le Comité

médical des Bouches-du-Rhône aurait cru manquer à son devoir en ne pas offrant l'appui de son concours, dans la sphère de ses moyens, à l'Association des médecins de la Seine.

« L'arrêt de la Cour de cassation nous apprendra jusqu'où doit aller et s'arrêter le droit de réquisition exercé par l'autorité sur un médecin, et si une réquisition semblable entraîne nécessairement la gratuité des soins donnés par ce médecin. « Nous sommes, Messieurs, etc. « E. Flavard, président, Camouin, Magail, Gouirand, L. Barthélemy, Roux, secrét. perpét. »

Les statistiques faites sur les aveugles ont prouvé que, avant la découverte de Jenner, sur 100 cas de cécité, 55 reconnaissaient pour cause la variole. M. le docteur Dumont, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, dans une note très-intéressante sur les causes et les effets de la cécité, établit que la variole considérée comme cause de cette cruelle affection a suivi, depuis l'usage de la vaccine, une progression rapidement décroissante. Chez les aveugles âgés de soixante ans, cette variété de cécité se rencontre 12 fois sur 100; chez les adultes, elle n'existe plus que dans la proportion de 8 sur 100 ; enfin, chez les enfants, on la rencontre au plus 5 fois sur 100. En faisant une moyenne rationnelle, on est autorisé à croire qu'à l'époque actuelle, sur 100 aveugles de tout âge, il ne s'en trouve environ que 7 pour 100 ; et comme d'après les statistiques il y en avait 35 pour 100 au commencement du siècle, la diminution aurait été d'environ 28 pour 100, ou plus des trois quarts. La découverte de la vaccine n'eût-elle offert que ce résultat, qu'à lui seul il suffirait pour immortaliser le nom de Jenner.

A la suite du dernier concours ouvert dans les ports, les officiers de santé de la marine dont les noms suivent ont été promus, savoir : au grade de médecin professeur : M. Marroin ; — au grade de chirurgien de première classe : MM. Fallier, Rault, Pellarin, Muller, Le Guillou, Romain, Duplouy, Pellegrin, Barthélemy, Maire ; — au grade de chirurgien de deuxième classe : MM. Senelle, Meunier, Déruas, Luzet, Normand, Bourel-Roncière, Fournier, Péron, Beauchef, Thomas, Jacolot, de Rochas, Berg, Mattei, Delmas, Toye, Laure, Cauvin, Bonnet, Guérault, Champagne, Girault, Rieque : — au grade de chirurgien de troisième classe : MM. Veillon, Turc, Maupiou, Roche, Bonifanti, Franc, Legris, Beauchef, Tousseux, de Saint-Julien, Sablé, Méry, Mathis, Taly, Chabbert, Douillé, Carpentin, de Corsi, Cassien, Poitou-Duplessy, Beflissen, Denoix, Le Bourch-Lopès, Marion, Mac-Auliffe.

La Faculté de médecine de Montpellier vient d'être invitée par le ministre de l'instruction publique à lui présenter des listes de candidats pour les chaires de chimie médicale et d'opérations et appareils, vacantes dans cette Faculté. Les médecins qui désirent être portés candidats sont invités à adresser leur demande, avec les pièces à l'appui, au secrétariat de ladite Faculté, au plus tard le 24 mai courant, avant midi.

M. Michel Lévy, du Conseil de santé des armées, est nommé directeur de l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Alquié.

M. Goffres, médecin principal de première classe et agrégé de la Faculté de Montpellier, est chargé du service des salles militaires à l'Hôtel-Dieu-St-Eloi.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la ville de Paris a nommé M. Jobert de Lamballe membre adjoint, en remplacement de M. Combes, nommé membre titulaire.

M. Robert, membre de l'Académie de médecine et chirurgien de l'hôpital Beaujon, vient d'être nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie de l'Ecole de beaux-arts, en remplacement de M. Emery.

L'Empereur a décidé que les élèves stagiaires de l'Ecole impériale du Val-de-Grâce auraient droit à une gratification de première mise d'équipement, fixée à 500 francs. L'allocation en sera fractionnée en deux portions de 250 francs chacune, payables, la première, lors de l'admission de l'ayant droit à ladite Ecole, et la seconde à l'époque de sa nomination effective au grade de médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Études sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthéritiques.

Par M. le docteur Isambert, ancien interne des hôpitaux.

Le nombre considérable de travaux qui vous parviennent, dès qu'une question de thérapeutique est mise à l'étude, caractérise mieux que tout ce qu'on pourrait dire le mouvement scientifique de notre époque médicale, ainsi que la large part que le *Bulletin* peut revendiquer dans la direction de ce mouvement. L'histoire thérapeutique du chlorate de potasse en est une nouvelle manifestation. Veuillez donc accueillir avec bienveillance les quelques nouveaux documents que je distrais d'un long mémoire sur ce sujet, si, comme moi, vous pensez qu'ils peuvent concourir à mettre en relief la valeur de ce médicament précieux.

Tous les médecins qui, au commencement de ce siècle, ont employé le chlorate de potasse, ont cru à la désoxygénation de ce sel dans l'économie, et plusieurs médecins anglais y croient encore actuellement. M. Gustin (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVIII, p. 440) a eu le premier le mérite d'annoncer que le chlorate de potasse s'élimine en nature par les urines; il a soupçonné, sans la démontrer, son élimination par la salive; enfin il nous promettait une suite de recherches que malheureusement il ne nous a pas données; il n'a pas non plus fait connaître le réactif dont il s'était servi pour constater la présence du chlorate dans l'urine. A la même époque que M. Gustin, je constatais la présence du chlorate dans les diverses sécrétions de l'économie, je m'occupais d'une méthode de dosage propre à en mesurer les quantités, et par de nombreuses expériences sur moi-même, ainsi que par l'examen des petits malades soumis à mon observation, je cherchais à étudier l'action physiologique du médicament. Ce sont les résultats de ces recherches, continuées jusqu'à ce jour, que je vais exposer.

Toutes les réactions indiquées dans la plupart de nos traités classiques de chimie ne sont pas également caractéristiques des chlorates, et elles sont assez difficiles à réaliser, surtout en présence des matières organiques. Nous avons donc eu recours à une réaction beaucoup plus facile, toute caractéristique des chlorates, que nous avons empruntée à Fresenius.

On teint la solution d'un chlorate en bleu clair, avec un peu de sulfate d'indigo, et en y faisant tomber avec précaution quelques gouttes d'acide sulfureux dissous dans l'eau, la coloration bleue disparaît; l'acide sulfureux enlève à l'a-

cide chlorique tout son oxygène, met en liberté le chlore, qui détruit aussitôt la couleur bleue de l'indigo. Les azotates ne produisent rien de semblable. Cette réaction, d'une facilité extrême, puisqu'elle se produit à froid, sans danger d'explosion, est tellement sensible, qu'elle permet d'apprécier dans une liqueur moins d'un dix millième de chlorate, comme je m'en suis assuré par une expérience quantitative. Elle peut se produire et s'apprécier dans la plupart des liquides de l'économie, ce dont je me suis assuré par des expériences directes, en mettant ces liquides en présence de l'indigo et de l'acide sulfureux, constatant qu'ils ne décoloraient pas par eux-mêmes l'indigo ; puis ajoutant à ces liquides un peu de chlorate, et réalisant alors la réaction avec presque autant de netteté que dans l'eau distillée. Dans l'urine, dans les larmes, la réaction est très-nette et ne demande aucune précaution ; pour la produire dans la salive, dans le mucus bronchique ou nasal, il suffit de délayer ces liquides visqueux avec un peu d'eau distillée, et d'ajouter le réactif, il n'est pas même nécessaire de filtrer. Dans le lait, la réaction se produit aussi sans filtration, mais on la rend plus sensible en coagulant la caséine par quelques gouttes d'acide, en filtrant et ajoutant le réactif dans la liqueur filtrée. Dans la bile, l'opération était plus délicate; les acides y produisant un précipité jaune verdâtre, la première goutte de sulfate d'indigo produisait ce même précipité. J'ai donc précipité d'abord la bile au moyen d'une goutte d'acide, jeté la liqueur sur un filtre, et, reprenant la liqueur qui passe limpide et presque incolore, j'y ai ajouté une goutte d'indigo, puis un peu d'acide sulfureux ; j'ai vu qu'alors la liqueur restait bleue, et qu'au contraire, dans la bile où j'avais ajouté un peu de chlorate, la décoloration caractéristique se produisait instantanément. On pourrait donc retrouver le chlorate dans la bile; j'avoue toutefois que les expériences de coloration et de décoloration dans un liquide de cette nature peuvent présenter quelques doutes.

J'avais espéré un instant baser sur cette réaction une méthode de dosage analogue aux procédés alcalimétriques. Après de nombreux essais, je me suis convaincu qu'il était impossible de trouver un point fixe qui permît d'arriver à des résultats exacts.

Le fait de la diffusion du chlorate dans toutes les sécrétions nous montrait, du reste, qu'il était impossible de doser avec précision les quantités de ce sel qui s'éliminent par l'urine.

Partie physiologique. — Le chlorate de potasse pris à l'intérieur s'absorbe avec une grande rapidité; il n'est ni fixé ni décomposé dans nos organes. Il s'élimine presque immédiatement à l'état de chlorate par la plupart de nos sécrétions, par conséquent sans se réduire, et sans fournir d'oxygène à l'économie, comme le supposaient les premiers médecins qui l'ont employé. Les deux voies principales d'élimination sont l'urine et la salive. Cinq minutes après avoir pris le chlorate, le réactif en accuse déjà des traces dans la salive, et dix minutes après dans l'urine, au bout d'une demi-heure, la réaction est déjà à son maximum d'intensité. L'élimination par l'urine et par la salive dure un temps qui varie de quinze à trente-six heures, on en trouve quelquefois des traces plus de quarante-

huit heures après. La salive cesse un peu plus tôt que l'urine de déceler la présence du chlorate. Le temps d'élimination paraît indépendant de la dose de chlorate que l'on a prise. Il a été à peu près le même dans cinq expériences faites sur moi-même, et où j'avais pris 1 gramme, puis 2 grammes, 4 grammes, 8 grammes, et enfin 20 grammes de ce sel par jour.

J'ai constaté également avec le même réactif la présence du chlorate dans le lait de deux nourrices, qui avaient pris de ce sel; d'où la possibilité de l'administrer par cette voie aux nourrissons, puis dans le mucus nasal, dans les larmes, dans la sueur. Je l'ai cherché vainement dans les matières fécales. Une fois seulement sur six expériences, j'ai cru en retrouver quelques traces. Cette recherche est du reste difficile, et demande quelques précautions spéciales. Pour la sécrétion biliaire, je n'ai eu que trois occasions de rechercher le chlorate dans la bile extraite de la vésicule biliaire de trois sujets morts en cours de traitement par le chlorate de potasse. Dans un cas je n'en ai trouvé aucune trace; dans un second cas, j'en ai trouvé des traces assez manifestes; dans le troisième, la réaction était douteuse. Je ne m'exprime qu'avec réserve à ce sujet, car on conçoit la défiance où l'on doit être sur les réactions de coloration et de décoloration dans un liquide comme la bile. Je n'ai pas trouvé le chlorate de potasse dans le sperme.

Voyons maintenant quels sont les phénomènes physiologiques appréciables de ce médicament. J'ai pris le chlorate de potasse pendant plusieurs jours de suite, à doses croissantes, depuis 1 gramme jusqu'à 20 grammes par jour, et voici ce que j'ai observé : le chlorate de potasse aux doses de 1 à 4 grammes n'a produit aucun effet appréciable; à la dose de 8 grammes, il a produit une salivation marquée, devenant même incommode deux ou trois heures après, et d'autant plus intense que les doses sont plus élevées. Cette salivation s'accompagne d'un goût salin dans la bouche, lequel persiste à peu près pendant tout le temps de l'élimination; ce goût m'a paru identique à la saveur du chlorate lui-même, qui se retrouve en quantité très-notable dans la salive. Sans atteindre les proportions de la salivation mercurielle, cette salivation chloratée a cependant été assez forte pour que j'aie ressenti, pendant cinq ou six jours après la cessation de l'expérience, la gêne résultant de l'épuisement de l'appareil salivaire, et le manque de salive. Ce fait ne m'est pas personnel : une personne à laquelle j'ai fait prendre de 2 à 4 grammes pour une angine a ressenti le même goût salin, la même salivation, et a constaté de plus que le chlorate avait agi comme un excellent

dentifrice. J'ai vu chez des enfants une salivation abondante se produire à la dose de 4 grammes ; l'un d'eux eut besoin, pendant plus deux jours, de conserver toujours un crachoir.

Dans le principe, il m'a semblé que le chlorate produisait aussi une grande sécheresse de la gorge, mais cette sensation est probablement due à une action topique ; elle ne s'est pas reproduite quand j'ai eu la précaution de me rincer la gorge avec un peu d'eau, après avoir pris des potions chloratées, quelque concentrées qu'elles fussent.

Sur l'estomac, le chlorate a constamment produit une augmentation de l'appétit. Une fois, à la suite d'une dose de 8 grammes prise en deux fois, mais mal dissoute et dans une solution non édulcorée, j'ai éprouvé une sensation de pyrosis très-incommode, qui a duré plus d'un jour ; mais par la suite, je n'ai plus ressenti cet inconvénient, même avec des doses beaucoup plus considérables, surtout en ayant la précaution de prendre le chlorate pendant mes repas.

Le chlorate ne produit aucun effet purgatif ; cependant les selles ont présenté en général une couleur verdâtre, ce qui indiquerait que le sel détermine aussi un léger flux biliaire, et expliquerait les bons effets que les médecins genevois en ont obtenu dans l'ictère. Rappelons toutefois que les réactifs ne nous ont pas accusé abondamment le chlorate dans la bile, et encore moins dans les matières fécales.

Le chlorate, surtout à haute dose, jouit de propriétés diurétiques assez marquées. Quand j'en prenais 20 grammes par jour, la miction était fréquente, et j'ai éprouvé un peu de pesanteur et de douleur à la région rénale. Pendant tout le temps de l'excrétion, l'urine est restée fortement acide, elle laissait même déposer plus d'acide urique, d'urate et d'acide rosacique qu'à l'ordinaire. Le chlorate n'agit donc pas comme les alcalis, auxquels plusieurs personnes l'ont assimilé, d'ailleurs il n'est pas alcalin.

Le chlorate passe dans la sueur, mais il n'excite pas notablement cette secrétion, il provoque au contraire légèrement la sécrétion pituitaire. Il ne nous a paru agir nullement sur la fonction respiratoire. A très-haute dose seulement, il a produit un peu d'irritation des bronches, et une altération de la voix, qui a duré deux ou trois jours.

Il ne produit non plus aucune action sur le cœur ou sur le pouls à l'état physiologique. A l'état pathologique, au contraire, il paraît avoir des propriétés sédatives assez marquées, comme il résulte des observations cliniques de M. Socquet et des miennes propres,

Mais je doute qu'il agisse alors primitivement sur la circulation.

A l'état physiologique, il ne produit aucun effet appréciable sur le système nerveux. Pendant toute la durée des expériences faites sur moi-même, je n'ai rien changé à ma manière de vivre, et j'ai vaqué à mes affaires comme de coutume.

Je n'ai pas dépassé la dose de 20 grammes par jour, bien que je l'aie continuée plusieurs jours de suite. M. Socquet a été jusqu'à 30 grammes, et M. Sée, répétant ces expériences, a été jusqu'à 45 grammes. Nous n'avons observé ni les uns ni les autres d'effets fâcheux de ce sel. On voit déjà que le chlorate s'éloigne sensiblement par son innocuité du nitrate de potasse, avec lequel il a tant de ressemblance chimique. Il ne produit pas d'ailleurs le dévoiement, ni les effets hyposthénisants qu'on attribue au nitrate de potasse. Ce que nous avons dit de l'état des urines, pendant le cours des expériences, montre que le chlorate de potasse s'éloigne aussi des carbonates alcalins.

Le chlorate de potasse n'a aucune analogie avec les chlorures alcalins, ni avec les hypochlorites. Il en aurait davantage avec l'iodure de potassium, à cause de son action sur les muqueuses buccale, pharyngienne et nasale, mais il en diffère par son innocuité ; on pourrait même, d'après cela, révoquer en doute son efficacité comme médicament, si l'expérimentation clinique ne venait révéler en lui un agent thérapeutique énergique.

Pourrait-on, en forçant les doses du chlorate, produire des accidents, et déterminer un véritable empoisonnement? M. Lacombe, de Tulle, vient de rapporter tout récemment, dans le Journal de Chimie médicale (avril 1856), un fait d'empoisonnement par le chlorate de potasse. Un homme succomba à l'ingestion d'un sel donné par un droguiste pour du sulfate de magnésie, et qui fut reconnu être du chlorate de potasse ; ce sel avait été pris à la dose de 50 grammes. Malheureusement l'auteur ne nous donne aucun détail sur les circonstances de la mort, sur les symptômes qu'a éprouvés la victime. Il suppose que ce sel a pu agir par superpurgation, et il ne dit pas s'il y a eu en effet purgation, fait qui serait tout à fait contraire à ce que j'ai observé dans les nombreuses expériences que j'ai faites sur moi-même et sur plus de quarante malades, chez lesquels l'action purgative ne s'est jamais produite. Elle n'a été notée ni par M. Socquet, ni par M. Sée, aux doses de 30 et de 45 grammes. Ce sel n'a donc pas d'action purgative propre, il pourrait peut-être déterminer une indigestion, mais non une superpurgation.

Le reste de l'article de M. Lacombe est consacré à des considéra-

tions purement chimiques sur la recherche toxicologique du chlorate. Il arrive ainsi que nous à prendre l'acide sulfureux, comme le réactif le plus sensible des chlorates ; seulement, au lieu d'employer comme nous la décoloration de l'indigo pour reconnaître le chlore mis en liberté, il a recours à la précipitation d'un sel d'argent, moyen que nous avons nous-même proposé comme procédé quantitatif, après avoir préalablement précipité par un excès de sel d'argent les chlorures contenus dans la liqueur. M. Lacombe admet aussi la réduction du chlorate par l'acide sulfhydrique, et par les matières neutres de l'économie à la température de l'ébullition. Quelques expériences de vérification ont montré que ces deux faits n'étaient pas exacts.

Quant à l'action toxique du chlorate de potasse, elle ne me paraît pas encore suffisamment établie par le fait de M. Lacombe, puisque cet auteur ne donne aucun détail sur les circonstances de la mort et sur les phénomènes physiologiques qui l'auraient accompagnée. M. Bouchardat (Annuaire de Thérapeutique, année 1846) a admis aussi l'action toxique du chlorate, d'après des expériences faites sur de petits poissons et sur des végétaux, qui mouraient en vingt-quatre heures dans des solutions de 1 centième de chlorate. Ces expériences sont sujettes à plus d'une objection ; je me propose de faire ultérieurement des expériences sur des animaux plus élevés dans l'échelle zoologique, afin de compléter ces études.

Mode d'administration. — Le chlorate de potasse se donnera habituellement à la dose de 2 à 8 grammes par jour.

D'après ce qui précède, on voit qu'il n'y a aucun inconvénient à élever les doses de chlorate, et que ses effets physiologiques semblent ne se produire qu'à dose élevée : la diurèse, la salivation abondante, l'action sur le larynx et sur les bronches. On peut aller jusqu'à 20 et 30 grammes. La seule difficulté que puisse présenter l'administration du chlorate de potasse provient du peu de solubilité de ce sel. La potion gommeuse ordinaire en dissout facilement 5 à 6 grammes à la température de 15° ; mais il ne faut pas se contenter de verser purement et simplement les cristaux de chlorate dans une potion gommeuse, car ils s'y dissoudraient à peine : on fera bien, comme le conseillent M. Bergeron et M. Vial, de faire dissoudre le sel dans l'eau, à l'aide de la chaleur, avant d'ajouter les substances édulcorantes. A la dose de 4 grammes, cette potion n'a rien de désagréable, les enfants même la supportent facilement.

Si l'on veut donner le chlorate à haute dose, il ne faut pas chercher à en dissoudre trop dans une même potion. D'abord, ce sel ne

se dissoudrait pas sans l'aide de la chaleur, puis il cristalliserait immédiatement par le refroidissement : il vaudrait mieux, dans ce cas, augmenter la quantité de véhicule, soit en ajoutant de l'eau à la potion, à mesure qu'on la vide, soit en faisant préparer plusieurs potions. Nous croyons que le chlorate bien dissous et convenablement édulcoré est plus facilement supporté par l'estomac que celui qui ne l'est pas. Quand le malade se dégoûte de la potion, on peut continuer l'administration du chlorate en le dissolvant dans une grande quantité de tisane, pour en masquer le goût. Chaussier recommandait avec raison d'administrer le chlorate au moment des repas, précepte important, surtout pour les hautes doses. Odier l'administrait dans une tasse de bouillon. C'est un très-bon moyen.

On peut également administrer le chlorate en poudre, pulvérisé et mêlé avec une quantité suffisante de sucre, comme le faisaient Herber et Schœffer.

Enfin le chlorate peut être prescrit.

En applications topiques.

En lotions, avec une solution de 5 grammes pour 100 d'eau, à la température de 15°. Si l'on veut une solution plus concentrée, il faudra se servir d'une solution chaude, comme l'a fait M. Lassègue. A la température de 30 à 40°, on dissoudra à peu près 15 pour 100 de ce sel.

En poudre, associé à l'amidon ou au sous-nitrate de bismuth. Il paraît que cette application est douloureuse.

Etude clinique. — Nous avons étudié l'action thérapeutique du chlorate de potasse dans la stomatitite mercurielle, la stomatite ulcéro-membraneuse, les aphthes, le muguet, l'angine couenneuse et le croup ; nous passerons rapidement sur les deux premières maladies, car les faits que nous avons observés confirment entièrement les résultats annoncés par les observateurs qui nous ont précédé, MM. West, Herpin, Blache, Demarquay, Barthez, Bergeron, etc., dont la plupart des travaux ont été publiés par le *Bulletin de Thérapeutique*.

Dans la stomatite mercurielle, je noterai seulement, comme un des premiers signes de l'amélioration produite par le chlorate de potasse, le retour rapide des gencives à la teinte rose normale, bien différente de la teinte livide ou violacée qu'elles présentaient au début de la stomatite mercurielle. Ce changement de couleur de la muqueuse est l'indice d'une amélioration qui coïncide ordinairement avec la dimiuution de la douleur, de la tuméfaction des gencives et de la salivation. L'ulcération du bord gingival peut persister

quelques jours, et l'on voit ici qu'après l'amélioration notable produite les premiers jours, le médicament paraît ne plus agir autant sur ces derniers restes de la maladie. Nous aurons à faire les mêmes remarques à propos de la stomatite ulcéro-membraneuse. M. Aran note comme un fait constant le nettoyage des dents, que nous avons nous-même mentionné. Il se demande si cet effet n'est pas dû à la présence d'un acide libre dans la salive. J'ai constaté, dans un cas de bronchite pseudo-membraneuse, où l'administration du chlorate avait déterminé une abondante salivation, que la salive avait conservé sa réaction alcaline.

M. Lasègue nous a dit aussi avoir employé le chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle, mais d'une autre manière, sous forme de gargarismes et de collutoires concentrés, qu'il recommandait bien aux malades de ne pas avaler. Il fallait faire usage d'eau chauffée à 30 ou 40 degrés, car le chlorate est peu soluble à froid. Il a obtenu par cette méthode une amélioration notable de la stomatite mercurielle et de quelques affections scorbutiques des gencives. Ce médecin n'a jamais employé le chlorate de potasse à l'intérieur. Il serait intéressant de reprendre ces expériences d'une manière comparative, et de voir quelle est celle des deux méthodes qui réussit le mieux.

Dans la stomatite ulcéro-membraneuse, nous avons recueilli huit observations nouvelles, qui, tout en confirmant les résultats généraux obtenus par les praticiens que nous avons cités, nous présentent quelques détails sur lesquels il convient d'insister. D'abord la possibilité de la récidive et l'utilité de prolonger quelque temps l'usage du médicament après la chute de la fausse membrane; l'impuissance du chlorate de potasse contre la pyorrhée alvéolo-dentaire; l'inutilité des cautérisations au début; la modification rapide que le chlorate imprime à la muqueuse buccale. En effet, dès le second jour, et quelquefois dès la fin du premier, la muqueuse perd sa coloration violacée pour prendre une couleur rose de bonne nature. Ce bord déchiqueté de la fausse membrane se régularise, la tuméfaction des parties diminue, bientôt la fausse membrane se détache sur les bords, et du troisième au cinquième jour, elle tombe parfois définitivement, quelquefois pour être remplacée par une autre d'un diamètre plus petit. L'ulcération diminue en même temps que la fausse membrane, son excavation disparaît, sa surface revient sur le même niveau que le reste de la muqueuse. Souvent l'ulcération guérit en même temps que la fausse membrane tombe; quelquefois elle reste encore excoriée

pendant quelques jours, mais guérit rapidement; enfin d'autres fois elle reste absolument stationnaire, et le chlorate de potasse paraît tout à fait sans action sur elle. La muqueuse présente alors en ce point une surface privée de son épiderme, tantôt légèrement excavée, tantôt, au contraire, légèrement boursouflée et tomenteuse. En général, lorsqu'elle est dans cet état, l'ulcération diminue dans un de ses diamètres, et tend à prendre la forme d'un liséré linéaire qui constitue une petite ulcération rebelle, laquelle a une grande tendance à devenir le point de départ d'une récidive, si on suspend le chlorate de potasse. Ce sel, pris à l'intérieur, n'amène pas la cicatrisation de cette ulcération linéaire; on en vient à bout, en général, par deux ou trois cautérisations avec la pierre. Le chlorate de potasse en solution concentrée et appliqué localement sur l'ulcération a eu une action favorable dans un des cas soumis à mon observation. Quand tout est cicatrisé, la muqueuse a repris son aspect ordinaire, sauf quelques tractus pâles de tissu cicatriciel que l'on observe quelquefois.

La durée moyenne du traitement dans ces huit cas a été de trois à cinq jours pour amener la chute des fausses membranes, et de cinq à dix pour amener la guérison. Quand la guérison a tardé plus longtemps, c'est qu'il y a eu récidive ou bien complication de pyorrhée alvéolo-dentaire. Ces chiffres s'accordent parfaitement avec les moyennes admises par MM. West, Blache, et Bergeron.

Dans nos observations, le chlorate a été administré à la dose de 2 à 4 grammes; dans celles de M. Barthez, à la dose de 0,50 à 0,60 seulement. La dose ne paraît pas avoir eu d'influence sur la rapidité de la guérison dans ces différents cas; les faits de M. Bergeron prouveraient cependant qu'il peut y avoir utilité à élever les doses, lorsque la cicatrisation se fait attendre. La dose a peut-être aussi quelque importance au point de vue de la récidive, mais de nouvelles expériences sont nécessaires pour juger la question.

Aphthes. — On ne confond plus maintenant sous ce nom toutes les maladies de la muqueuse buccale, comme on le faisait à une certaine époque; on s'accorde généralement aujourd'hui à réserver ce nom, comme le font MM. Rilliet et Barthez, à une affection vésico-ulcéreuse des parois buccales, qui paraît avoir son siége dans les follicules mucipares. En général, cette affection est très-bénigne, et guérit par le traitement le plus simple; il est quelques cas cependant où les ulcérations aphtheuses, très-nombreuses et très-confluentes, deviennent très-douloureuses pour le malade, gênent considérablement son alimentation, s'accompagnent d'un

état général plus ou moins grave, et sont très-longues à guérir.

Nous avons essayé le chlorate de potasse dans un cas de cette nature. Au troisième jour du traitement, la maladie était déjà presque guérie. Ici encore les enduits blancs ont disparu, et les ulcérations ont perdu leur profondeur très-rapidement ; mais la cicatrisation complète des excoriations s'est fait attendre dix à douze jours. Le chlorate de potasse n'est donc pas à dédaigner dans ces cas, où l'on se bornera à employer un régime émollient très-long à agir ou des cautérisations toujours douloureuses.

Muguet. — Notre excellent maître M. Legroux a essayé le chlorate de potasse dans plusieurs cas de muguet déclarés épidémiquement dans son service de nourrices à l'Hôtel-Dieu. Ce sel n'a paru produire aucun résultat favorable : il semble, employé à l'intérieur à faibles doses, n'avoir pas d'action sur le cryptogame qui se développe alors sur la muqueuse buccale, ainsi que l'a démontré Berg. (Voir aussi Ch. Robin, des Végétaux qui croissent sur les animaux vivants, p. 38.)

Le chlorate a également échoué dans plusieurs cas de muguet survenu chez l'adulte, à la suite d'affections générales graves. Dans le muguet et dans les aphthes, on obtiendrait peut-être de bons résultats de l'emploi topique de ce sel en solution concentrée. M. Legroux a employé sans succès un collutoire avec 4 grammes de chlorate pour 30 de miel. (*La suite au prochain numéro.*)

Cas de pharyngorrhée ou sialorrhée pharyngienne, à forme intermittente et de nature rhumatismale, guérie par le sulfate de quinine.

(Note lue à la Société médicale des hôpitaux, par le docteur Hervieux.)

Les cas de sialorrhée non mercurielle sont assez rares. Il n'en existe guère plus de trente à quarante dans la science. Voici d'ailleurs ce qui résulte des recherches bibliographiques que je viens de faire sur ce sujet. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes dans la proportion de 3 à 1. Cette affection peut se manifester dans des conditions très-diverses. L'hystérie, les émotions morales, l'ingestion des boissons froides et acides, les odeurs fortes, la névralgie trifaciale, ont été rangées parmi les causes susceptibles de produire la sialorrhée dite idiopathique.

Les anciens auteurs et même quelques modernes citent des cas assez nombreux de sialorrhée critique. Forestus et Bohnius ont vu la fièvre double tierce et la fièvre quarte se terminer par salivation. Sydenham avance que la dyssenterie se termine fréquemment de la

même manière. Hoffmann a fait la même observation dans des cas de goutte. J. Frank a cité le cas d'une pneumonie jugée par un flux salivaire. M. Otto, de Copenhague, a observé quelquefois un flux de salive à la fin de la fièvre typhoïde dans les terminaisons heureuses. M. Trousseau a vu la salivation se montrer après la disparition d'une leucorrhée; M. Graves, après la disparition d'un œdème. M. Tauquerel des Planches rappelle dans un travail intéressant sur ce sujet (Journ. de méd., juin et juillet 1844) qu'on a vu survenir la salivation chez quelques sujets pléthoriques comme phénomène supplémentaire d'une hémorrhagie, que la grossesse ainsi que la suppression des menstrues ont été considérées comme pouvant produire cette affection, que la salivation a coïncidé avec certaines affections du foie et du pancréas, etc.

Les limites de ce petit travail ne me permettent pas d'aborder la critique de tous ces faits. Mon intention n'est pas de faire ici une histoire complète de la sialorrhée. J'ai voulu seulement par ces citations faire entrevoir l'état de la science sur ce point intéressant de l'histoire des flux.

Le fait dont j'ai été témoin et que je vais rapporter n'est pas exempt de toute obscurité. Mais les circonstances remarquables dont il s'est accompagné, la forme sous laquelle s'est présentée la siacorrhée, son siége anatomique parfaitement limité au pharynx, sa nature très-probablement rhumatismale, sa guérison presque subite par le sulfate de quinine, au moment de la plus grande intensité du flux, toutes ces circonstances, dis-je, m'ont paru extrêmement curieuses et dignes de fixer un instant au moins l'attention des praticiens

Obs. M. X., âgé de trente-cinq ans environ, a déjà eu deux attaques de rhumatisme articulaire, l'une en 1842 assez légère, l'autre en 1847 très-intense et dont il ne s'est bien rétabli qu'au bout de dix mois. Il n'aurait jamais eu la vérole et ne présente d'ailleurs aucune trace de cette maladie. Jamais non plus il n'aurait pris de mercure sous une forme quelconque.

Vers le milieu d'avril 1856, il fut pris, comme cela lui arrive assez souvent, de douleurs rhumatismales siégeant particulièrement dans les épaules et les muscles du cou, douleurs qui ne l'empêchaient d'ailleurs en rien de se livrer à ses occupations. Ces douleurs disparurent subitement le 23 avril dernier.

Dans la soirée du même jour, deux heures après son repas, le malade éprouva une sensation d'âcreté à la gorge, sensation qui fut suivie de l'abondante expuition d'un liquide tout à fait analogue à de la salive Point de toux, point de fièvre concomitante, point de malaise général; un crachement continuel, voilà tout.

Ce ptyalisme, dont le malade croyait à chaque instant qu'il allait être débarrassé, dura une partie de la nuit, et ce ne fut que vaincu par la fatigue que

M. X. s'endormit vers deux heures pour se réveiller à neuf heures du matin.

Quand j'arrivai près du malade, toute salivation avait cessé. J'examinai avec soin la bouche et le fond de la gorge. La muqueuse de toutes ces parties se présentait avec l'aspect le plus normal; aucune altération de couleur, de volume, de consistance, etc. Je puis d'autant mieux affirmer ici l'intégrité des muqueuses buccale, gingivale et pharyngienne, que le malade se prêtait admirablement à mon examen et que la vue plongeait avec la plus grande facilité jusqu'au fond du pharynx, qui était, comme tout le reste, parfaitement sain.

En constatant ainsi l'absence de tout phénomène anormal et notamment de la salivation, je crus l'incident vidé et je me bornai à prescrire un gargarisme boracique et des pédiluves sinapisés.

Le soir, reproduction exacte de la scène de la veille, c'est-à-dire, sensation d'embarras et de plénitude vers l'isthme du gosier, laquelle sollicite les contractions du pharynx et une expuition incessante ou du moins qui se répète jusqu'à deux et trois fois par minute. Et cela pendant quatre heures sans interruption; soit, depuis dix heures du soir jusqu'à deux heures du matin. Le malade s'endort comme la veille, épuisé de fatigue.

Le malade ayant craché dans une cuvette, je pus constater le lendemain, 25 avril, l'énorme quantité de liquide (une livre et demie environ) qui avait été rejetée par l'expuition. Je recueillis une partie de ce liquide que je me proposai de soumettre à l'analyse chimique et microscopique. J'en ferai connaître plus loin la composition.

J'examinai de nouveau avec le plus grand soin la bouche et le pharynx. La bouche était parfaitement intacte dans toutes ses parties. Il en était de même de la paroi postérieure du pharynx. Mais les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais présentaient une couleur d'un rose vif qui tranchait assez manifestement sur la teinte d'un rose plus pâle des parties environnantes. De plus l'amygdale gauche faisait une légère saillie à la partie supérieure de la loge amygdalienne. L'autre amygdale était complétement effacée. Par moments, le malade crachait encore, mais non plus avec cette continuité fatigante qui caractérisait les accès nocturnes. Même état apyrétique; toutes les autres fonctions et tous les organes dans l'état normal.

Prévoyant un nouvel accès et désireux d'en étudier les phénomènes, je me trouvai le soir près du malade à l'heure présumée de l'apparition du flux sialorrhéique. Mon attente ne fut pas trompée et voici ce que j'observai.

Le malade rejetait, à des intervalles variant de dix secondes à une minute, un liquide mousseux, très-finement aéré, d'un blanc de neige, et qui ne contenait, en apparence du moins, aucune trace de muco-pus. Ce liquide ne s'écoulait point en bavant, comme cela s'observe dans la sialorrhée buccale; il ne remplissait point la bouche de manière à ce que le trop plein tombât en glissant sur la lèvre inférieure. C'était toujours après un effort d'expultion, après une contraction des muscles du pharynx, contraction qui se traduisait sur la figure du malade par une grimace particulière, que le produit de la sécrétion anormale était rejeté.

J'engageai le malade à suspendre le plus longtemps qu'il lui serait possible ces efforts d'expuition. Il resta environ deux minutes et demie sans cracher; mais, au bout de ce temps, la sensation de plénitude et de gêne dont la gorge devint le siége fut telle qu'il ne put résister au besoin de contracter ses muscles pharyngiens pour expulser le liquide qui paraissait obstruer l'isthme du gosier.

J'examinai alors la gorge à la lumière, pour tâcher de reconnaître, s'il était

possible, le lieu précis où se faisait la sécrétion Or, comme le malade laissait voir parfaitement sa cavité pharyngienne, je m'assurai à plusieurs reprises que le liquide se produisait sous la forme d'une pluie transparente, incolore, qui s'écoulait le long des piliers et de la luette et tombait même parfois directement en gouttes allongées et filantes sur la base de la langue.

Je ne puis savoir quelle part pouvaient prendre les amygdales à cette sécrétion, parce que toutes les deux étaient cachées dans leur fosse respective, à l'exception pourtant d'une très-petite portion de la tonsille gauche qu'on voyait poindre au niveau du lieu de jonction des piliers antérieur et postérieur de ce côté. Ainsi, toutes les parties qui constituent l'isthme du gosier étaient littéralement, et d'une manière continue, inondées de liquide, tandis que rien de semblable ne s'observait ni sur la paroi postérieure du pharynx, qu'on voyait à merveille, ni sur les divers points de la cavité buccale.

Cet examen fait, je prescrivis au malade une pilule d'opium, dans l'espoir qu'en lui procurant quelque sommeil, je suspendrais plus tôt que de coutume la sécrétion anormale.

Je fus complétement déçu dans mon espérance. Le malade éprouva bien de la pesanteur de tête et une tendance assez prononcée à l'assoupissement, mais la sécrétion persistant avec la même activité, il fut impossible à M. X... de s'endormir avant trois heures du matin, c'est-à-dire une heure plus tard que la veille.

Le lendemain, 26 avril, ayant examiné de nouveau la gorge, je la trouvai dans l'état suivant :

La luette était pendante et très-notablement allongée ; la surface, ainsi que celle des piliers antérieurs et postérieurs était d'un rouge cramoisi, et comme hérissée de petites papilles qui donnaient à ces parties l'aspect d'une surface tégumentaire fraîchement dépouillée de son épiderme.

Du reste, en cet état de choses, la sécrétion salivaire diurne n'était guère plus considérable qu'à l'état normal.

Dans l'espoir de produire une perturbation énergique, en modifiant directement les organes qui paraissaient être le siége du flux salivaire, j'eus recours à l'emploi de la cautérisation avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 5 grammes pour 30 grammes d'eau distillée.

Une anxiété pharyngienne très-prononcée et une suractivité de la sialorrhée, phénomènes qui durèrent environ une heure (cela se passait à deux heures après-midi), furent la conséquence de cette médication. Le flux nocturne n'en reparut pas moins et dura depuis dix heures du soir jusqu'à six heures du matin.

La progression croissante de la maladie était donc évidente, et les moyens employés jusque-là étaient restés sans effet sur la marche des accidents. Les piliers du voile du palais et la luette présentaient encore la teinte rouge vif dont j'ai parlé.

C'est alors que réfléchissant à la forme périodique de la maladie, et convaincu, d'autre part, de sa nature rhumatismale, je songeai à employer le sulfate de quinine. Il fut prescrit à la dose de 60 centigrammes, en trois paquets. Le premier fut pris à six heures du soir, le deuxième à sept heures, le troisième à huit heures Nous étions arrivés au 27 avril, cinquième jour de l'affection.

Il y eut vers onze heures du soir quelques efforts d'expuition ; mais, après quelques crachements, le malade s'endormit d'un sommeil tranquille et ne se réveilla que le lendemain matin à huit heures.

Le flux salivaire n'a pas reparu depuis ce moment. J'ai revu plusieurs fois le malade. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Réflexions. — En parcourant les observations rapportées par les différents auteurs que j'ai cités au commencement de ce travail, je n'ai trouvé qu'un seul fait qui eût quelque analogie avec celui que je viens d'exposer. Ce fait est dû à M. Graves ; il est publié dans le journal des sciences médicales et pharmaceutiques de Dublin, année 1832.

Il s'agit, dans ce cas, d'une femme qui, à la suite d'une leucorrhée abondante, fut prise d'une anasarque, puis d'accidents gastralgiques qui firent place à une sialorrhée très-intense. Dans l'espace de vingt-quatre heures, la malade crachait plus d'une pinte et demie de liquide ; c'était une mucosité blanchâtre et visqueuse qui était sécrétée par la muqueuse de l'isthme du gosier et de la paroi postérieure du pharynx, d'où elle était amenée dans la bouche par un effort renouvelé toutes les deux ou trois minutes, presque sans interruption le jour et la nuit. Les organes salivaires n'entraient pour rien dans la maladie et ne sécrétaient pas plus qu'à l'état normal. Le pharynx était d'une couleur pâle et n'offrait aucune trace d'inflammation. Ce ptyalisme a été guéri par l'opium administré à la dose de 5 centigrammes, de quatre heures en quatre heures.

Qu'on me permette maintenant de revenir sur les circonstances les plus saillantes de l'observation qui m'est propre.

1° Est-ce à une sialorrhée que nous avions affaire ? Rien n'est moins douteux ; car 200 grammes du liquide excrété ayant été remis à M. le docteur Ducom, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, M. Ducom nous a appris que ce liquide, débarrassé par le repos d'une certaine quantité de mucosités qui s'y trouvaient suspendues, puis filtré, a présenté les principales propriétés de la salive ; savoir : la propriété de transformer l'amidon en sucre et la présence d'une quantité considérable de sulfo-cyanure de potassium, lequel donne, comme on sait, avec les sels de fer une coloration d'un rouge vif.

L'examen microscopique fait également par M. Ducom a montré que les matières dont le liquide s'est débarrassé par le repos, et au moyen du filtre, n'étaient autre chose que du muco-pus. Ce muco-pus venait probablement des fosses nasales, que le malade déblayait en partie à chaque effort d'expuition.

2° Quel était le siége anatomique de la sécrétion ? S'il est permis d'en croire ici toutes les apparences, je dirai qu'il faut le placer à l'isthme du gosier. En effet, toute la cavité buccale était dans l'état

le plus normal ; les gencives étaient intactes ; les glandes salivaires, également intactes, ne fournissaient pas plus de liquide qu'à l'ordinaire, tandis qu'au moment du flux on voyait distinctement les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais inondés de salive.

De plus, j'ai dit que ces organes qui, le premier jour, présentaient leur coloration habituelle, prirent, à mesure que la maladie faisait des progrès, une teinte d'un rouge de plus en plus foncé, en même temps qu'ils se hérissaient de petites granulations papillaires. La paroi postérieure du pharynx ne paraissait participer nullement à la sécrétion.

En outre, je ferai remarquer que quand le malade cherchait à suspendre volontairement ses efforts d'expuition, il éprouvait dans la gorge un sentiment d'embarras et de plénitude qui l'obligeait bientôt à contracter les muscles pharyngiens et à rejeter en crachant le produit de la sécrétion.

Ajoutons enfin que le liquide ne s'écoulait jamais en bavant, comme dans la sialorrhée buccale proprement dite.

3° La forme périodique, ou, si l'on veut, les exacerbations nocturnes de la salivation doivent également fixer notre attention. Il est remarquable de voir que les accès se produisaient toujours au moment où le malade venait de se mettre au lit, c'est-à-dire de dix à onze heures du soir, pour durer quatre, cinq, six et même huit heures sans interruption jusqu'au moment où le sommeil arrivait par l'excès de la fatigue.

Ces accès appartiennent-ils à la ligne paludéenne ou à la ligne rhumatismale ? C'est une question dont la solution est bien difficile. Cependant, si je prends en considération les antécédents du malade, les deux attaques de rhumatisme articulaire aigu qu'il a présentées, les douleurs qui se sont manifestées dans le cou et les épaules quelques jours avant l'apparition du flux, et la manière assez subite dont ces douleurs ont fait place au ptyalisme ; si, d'une autre part nous prenons garde que les exacerbations nocturnes constituent un caractère bien connu des affections rhumatismales, nous serons autorisé à ranger le cas que nous avons décrit parmi les manifestations si variées, si bizarres de cette grande maladie qu'on appelle le rhumatisme.

4° Le succès remarquable qu'a obtenu le sulfate de quinine dans cette affection ne juge nullement la question que nous venons d'agiter. Ce médicament a-t-il agi comme antipériodique ou comme antirhumatismal ? N'aurait-il pas réussi à ce double titre ? Je l'ignore, mais ce que je sais, et ce qui doit frapper les cliniciens dans

cette curieuse observation, c'est qu'il a réussi, et ce succès me paraît franc, incontestable et du meilleur aloi. En effet, les gargarismes et les sinapismes avaient échoué, l'opium avait échoué; la cautérisation avec le nitrate d'argent à haute dose avait échoué, et la maladie, suivant en dépit de tous ces moyens une marche ascendante, était arrivée à un degré d'intensité qu'elle n'avait pas encore atteint, lorsque le sulfate de quinine fut employé.

L'effet en fut aussi prompt que décisif, puisque, à dater du moment où il fut administré, les accidents n'ont plus reparu.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'état de la thérapeutique concernant le traitement du spina-bifida. — Importance des moyens prophylactiques.

Le spina-bifida, ou hydrorachis, n'est pas seulement un des vices de conformation les plus graves, il est encore bien moins rare que les auteurs le disent. Ainsi Chaussier, dans son compte rendu de la clinique de la Maternité, établit que le spina-bifida est, après le pied-bot, la difformité congénitale la plus fréquente. Sur cent trente-deux enfants nés dans cet établissement avec différents vices de conformation, vingt-deux en étaient affectés. A supposer que ce chiffre soit un de ces résultats du hasard qui ne permet pas d'accepter toujours les conclusions tirées de la statistique, et qu'il y ait lieu de réclamer pour le bec-de-lièvre un rang plus élevé sous le rapport de la fréquence parmi les vices de conformation congénitaux, il n'en demeure pas moins incontestable que l'arrêt de développement du rachis, qui constitue le spina-bifida, est un accident plus fréquent qu'on ne le pense généralement. Plus que le bec de lièvre, du moins, il réclame une intervention immédiate.

Nous n'avons pas besoin de dire ce que deviennent les enfants atteints d'hydrorachis, car rien n'est rare comme de rencontrer des adultes présentant, ou les vestiges de cette affection guérie, ou bien la persistance de l'affection elle-même. C'est à peine si on en trouve quelques cas consignés dans les auteurs. Pour nous, qui depuis plus de vingt années parcourons les hôpitaux de Paris, nous avons rencontré seulement deux cas de spina-bifida chez des adultes; l'un était un malade entré dans le service de chirurgie de la Maison nationale de santé pour des troubles des fonctions de la génération, de la miction et de la défécation. Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 18 mars 1853. Voici une résumé de l'observation remise par M. Billois, interne de M. Monod.

Obs. I. *Spina-bifida chez un homme âgé de trente ans, troubles de la miction et de la défécation.* Cet homme, d'une assez bonne constitution en apparence, n'a jamais eu d'affections aiguës graves. Il porte depuis son enfance, à la base de la région lombaire, une tumeur de la forme d'un champignon, comme ratatinée, de la grosseur du poing, molle, fluctuante, non réductible. Il était loin de se douter que cette tumeur pût être pour quelque chose dans les accidents dont il se plaint. Il a toujours eu, dit-il, la vessie faible; il se rappelle que dans son enfance, il lui suffisait de faire une course pour mouiller sa chemise.

Aujourd'hui (mai 1853) les troubles de la miction sont les plus variables, tantôt il y a incontinence complète et les urines coulent aussitôt qu'il sent le besoin d'uriner; d'autres fois il éprouve un besoin impérieux, mais l'urine ne peut sortir; après bien des efforts, elle est évacuée goutte à goutte ou par un mince filet, ou bien elle s'arrête brusquement. Les urines offrent quelquefois un léger nuage, le plus souvent elles sont complétement claires. Le canal de l'urètre est parfaitement libre, cathétérisme facile et point douloureux; la prostate examinée par le rectum ne présente point de tuméfaction.

Les troubles de la défécation sont un nouveau sujet de gêne pour le malade. Lorsqu'il est constipé, rien de remarquable, mais lorsque de la diarrhée survient, les matières fécales s'échappent involontairement. Il en est de même du gaz.

Tous ces troubles dépendent d'une innervation incomplète de la vessie et du rectum. Le tégument lui-même est anesthésié; ainsi, la peau des bourses, de la verge, de la marge de l'anus et même de la partie supérieure des cuisses est complétement insensible aux piqûres d épingle. Le malade n'a pas senti même des pointes de feu que M. Monod a appliquées dans un but thérapeutique sur la région du périnée.— Doit-on rattacher à la même cause les pollutions nocturnes dont se plaint le malade? Nous ne le pensons pas, ces troubles doivent plutôt être attribués à des excès vénériens commis par le malade et aux blennorrhagies qui nécessitèrent, à plusieurs reprises, son entrée à la maison de santé.

Une question plus importante est la détermination de la cause qui a prévenu la rupture de la tumeur, car on n'a pris contre elle aucune précaution, et jamais, dit-il, elle ne s'est enflammée. Cette cause, nous la trouvons dans une circonstance exceptionnelle dans ces cas, le développement complet du tégument qui revêt la tumeur.

La gravité de cette anomalie d'organisation est telle, que, en rapportant ces faits d'adultes présentant à l'âge de dix (Bonn), vingt (Warner) et vingt-huit années (Camper) un spina-bifida, les auteurs classiques modernes n'hésitent pas à rapporter la tumeur à cette espèce de kystes qu'on voit se former autour des articulations, plutôt qu'à des poches plus ou moins isolées de la cavité rachidienne par la diminution d'étendue de la fissure osseuse, par suite du développement des parties restantes des lames vertébrales. Il n'en était pas de même à l'égard du malade de M. Monod. La situation de la tumeur sur la région lombo-sacrée, les accidents éprouvés depuis l'enfance par le malade, etc., tout témoignait d'un de ces rares exemples de persistance de la vie, malgré l'existence de cette grave

anomalie. On verra plus loin que la nature de l'affection n'était pas plus contestable chez le second individu, qui était infirmier à l'hôpital Cochin, en 1831.

Très-peu d'enfants affectés de spina-bifida atteignent la fin de leur première année ; Ruysch dit même n'en avoir vu aucun dépasser le quinzième mois. Ils succombent tous à des convulsions produites par l'ouverture spontanée de la tumeur, et sans que les anciens chirurgiens aient songé à protéger celle-ci contre les causes diverses qui peuvent en provoquer la rupture.

Quand on compare tout ce qui a été fait et dit sur le pied-bot et le bec-de-lièvre, dont l'importance est loin d'égaler une difformité dont l'existence menace directement la vie des nouveau-nés, on a lieu de s'étonner de la tiédeur des chirurgiens des siècles passés à l'égard du spina-bifida. Ils se sont bornés à enregistrer les quelques cas très-rares de guérison spontanée, sans tenir compte de l'enseignement que l'événement leur fournissait de la possibilité de la cure de la maladie, et surtout sans se laisser aller à mettre en œuvre les moyens employés par la nature. « Ces observations, dit Boyer, ne peuvent être considérées que comme des faits extraordinaires, qui n'autorisent point une opération dont les suites sont presque toujours funestes. Un chirurgien prudent ne réglera jamais sa conduite d'après certains événements, mais bien sur la marche ordinaire et presque constante de la nature. » Nous acceptons le principe posé par l'illustre chirurgien, car, pour nous, comme pour Wolhouse, l'art ne doit jamais se donner pour but de faire périr des mains du chirurgien les malades destinés à périr des mains de la nature. Mais, heureusement, notre intervention, toute bornée qu'elle soit, peut être efficace ; des faits nombreux le prouvent aujourd'hui. Et les moyens mis en œuvre, du moins ceux que nous mettrons en relief, par leur innocuité relative, ainsi que par le nombre des succès obtenus, légitimeront l'action chirurgicale.

En présence du nombre d'enfants voués à une mort certaine et même prochaine, on conçoit que l'abstention systématique proposée par les maîtres de l'art ne pouvait être acceptée. La conscience des chirurgiens devait s'émouvoir et faire sortir l'art de sa stagnation à l'égard du spina-bifida. Une noble émulation s'est emparé, en effet, des thérapeutistes, surtout depuis ces trente dernières années, et les tentatives qu'elle a provoqués ont porté des fruits incontestables ; on en trouvera des preuves irrécusables en parcourant les tables du *Bulletin de Thérapeutique*. Ce sont ces enseignements que nous proposons de résumer ici. Tout n'est pas à mettre en relief

cependant; quelques chirurgiens, pleins d'une louable ardeur, tenant compte plutôt de la gravité de la maladie que de ce grand principe que nous avons rappelé plus haut, ont été poussés à expérimenter des méthodes de traitement qu'une sage pratique n'adoptera jamais. Cela n'a rien qui puisse étonner. Le zèle seul ne suffit pas pour créer des méthodes durables, et pour arriver à la perfection des moyens curatifs, ce n'est pas trop du concours de tous; si l'idée fondamentale de la méthode peut être fournie par l'étude des procédés employées par la nature elle-même, il reste à les provoquer par les moyens les plus inoffensifs, or, l'expérimentation clinique seule éclaire les expérimentateurs à cet égard. Les exemples de guérison à la suite de l'emploi de ces méthodes dangereuses ne sauraient nous porter à répéter ces essais, mais ils n'en prouvent pas moins la résistance de l'organisme de certains nouveau-nés aux actions traumatiques mises en œuvre par l'art, et doivent nous inciter à la recherche de moyens aussi efficaces, mais plus inoffensifs, afin de pouvoir élargir notre cercle d'intervention. Aussitôt ces moyens formulés, les exemples de guérison se multiplient, et l'expérience, venant en aide à l'observation, prononce en souveraine sur la valeur thérapeutique des méthodes.

Le diagnostic du spina est facile. Vidal en trace les signes les plus caractéristiques de la manière suivante : « La tumeur est dure et rénitente quand on tient le sujet debout, elle devient molle quand la tête est plus basse que le tronc; l'expiration produit souvent le premier effet, l'inspiration le second. » M. Cruveilher a constaté que, dans certains cas, la tumeur présentait des battements isochrones à ceux du pouls. Ce phénomène indique qu'il existe une communication entre les cavités de la séreuse céphalo-rachidienne, et qu'il y a hydrocéphalie en même temps qu'hydrorachis. Dans ces cas, la compression de la tumeur vertébrale fait refluer le liquide jusque dans la cavité crâuienne, et amène l'ampliation des fontanelles. Cependant la réunion des deux maladies est loin d'être la règle, surtout lorsque l'hiatus vertébral siége, comme cela arrive le plus souvent, à la région lombo-sacrée. La réduction du liquide contenu dans la tumeur n'est pas toujours possible; d'autres fois, la compression des parois fait pousser des cris à l'enfant, sans déterminer des symptômes de compression cérébrale. Ce sont ces cas qui offrent le plus de chances de succès à l'action chirurgicale.

Si l'on consulte seulement les documents qui nous ont été laissés par les anatomo-pathologistes, on comprend le découragement qui a dû s'emparer des expérimentateurs. Lorsqu'on voit, en effet, l'arrêt

de développement porter sur toute une région cervicale ou lombaire, on ne s'étonnera pas qu'en face d'une semblable altération, l'art ne songe pas à intervenir. Lors même que le spina-bifida occupe la fin du rachis et que l'hiatus occupe plusieurs lames vertébrales, il existe alors un déplacement de quelques-uns des nerfs lombaires, qui, ou sont libres et flottants dans la cavité de la tumeur, ou plus souvent encore se perdent dans l'épaisseur même des parois ; on comprend encore que les chirurgiens prudents ne songent pas à ramener à l'état normal une semblable déviation ; mais il existe des cas dans lesquels la fissure vertébrale présente de petites dimensions, où les cordons nerveux restent confinés dans le canal rachidien ; dans ces cas seuls, nous le répétons, l'art peut intervenir avec succès, et il le doit.

Nous avons dit que le spina-bifida était un des vices de conformation qui jamais ne devait être abandonné, même dans les circonstances les plus favorables aux efforts spontanés de la nature ; que la constitution des parois et le siége de la difformité sur le plan postérieur du tronc commandent impérieusement l'emploi des moyens protecteurs, et c'est précisément cette partie la plus importante du traitement, mais à la vérité la moins brillante, qui a été la plus négligée.

L'évolution du spina-bifida abandonné à lui-même le prouve. La non-consolidation de la lame vertébrale fait adhérer les membranes rachidiennes avec le tégument externe, de sorte que ces membranes, au lieu d'être protégées par un canal osseux, sont exposées à subir toutes les actions traumatiques qui s'exercent sur les parois de la tumeur. La saillie de celle-ci et sa position l'exposent à un traumatisme incessant par le frottement des langes, imprégnées d'urine, par le décubitus dorsal si prolongé chez l'enfant nouveau-né ; à ces causes directes d'inflammation s'en ajoute encore une dernière : la constitution incomplète de la peau qui revêt la tumeur. Aussi tous les enfants meurent-ils de convulsions, provoquées par la rupture de ce tégument. Ainsi Ruysch rapporte l'observation d'une petite fille qui, née dans un état remarquable de maigreur et de faiblesse, s'éleva très-bien, prit un embonpoint considérable, et recouvra même l'usage de ses membres inférieurs ; ce qui ne l'empêcha pas de succomber à l'âge de quinze mois à une méningite rachidienne, provoquée par l'ulcération de la tumeur. Ce fait prouve donc, avec mille autres, que le spina-bifida ne saurait être abandonné à la spontanéité de l'organisme.

Moyens prophylactiques.— Avant de signaler les méthodes cura-

tives, il nous paraît important de mettre en relief les procédés qui appartiennent à la méthode hygiénique. Ce sera, tout incomplète que puisse être cette tentative, combler une des lacunes laissées par les auteurs à propos des difformités congénitales de l'enfance. L'emploi des moyens prophylactiques est indiqué dans tous les cas, et c'est gagner beaucoup que de s'opposer, autant que cela est possible, aux causes de destruction créées par la maladie.

Ce que nous venons de rappeler des causes de la mortalité qui pèsent sur les enfants affectés de spina-bifida montre que les indications principales se réduisent : 1° à mettre la tumeur à l'abri de tout froissement de ses parois ; 2° à favoriser le développement du tégument incomplet qui la revêt. Nous exposerons les moyens de remplir la première indication, en rapportant les essais de compression qui ont été tentés comme traitement palliatif par Ast. Cooper Voici les faits :

Obs. 11. — *Spina-bifida. Compression de la tumeur à l'âge d'un mois ; développement normal de l'enfant, suivi pendant quatre années.* J. Applebee, naquit le 19 mai 1807. Immédiatement après sa naissance, sa mère remarqua dans la région des reins une tumeur arrondie et transparente du volume d'une grosse noix Le 22 juin on apporta l'enfant à Ast. Cooper, qui, constatant le volume normal de la tête, la conservation du mouvement de ses jambes et l'accomplissement régulier de la défécation et de la miction, résolut de traiter la tumeur comme une hernie.

« J'appliquai, dit ce chirurgien, autour du corps de l'enfant une bande roulée, au moyen de laquelle j'exerçai une compression que je regardai comme pouvant suppléer à la portion manquante de la colonne vertébrale. Cette compression n'eut aucun effet fâcheux sur l'accomplissement des mouvements volontaires. L'excrétion des matières fécales et des urines continua à être naturelle ; mais la mère crut remarquer de temps en temps des mouvements convulsifs. Au bout de huit jours, on plaça sur la tumeur un moule en plâtre, muni à sa partie centrale d'une excavation en partie remplie par de la charpie. Des bandelettes agglutinatives furent disposées de manière à empêcher le moule en plâtre de changer de position, et une bande roulée fut appliquée autour du corps, afin de fixer cet appareil et de comprimer la tumeur autant que l'enfant pourrait le supporter.

« Ce traitement fut continué jusqu'au mois d'octobre. Pendant toute cette période, la tumeur fut examinée trois fois par semaine, et la mère remarqua de temps en temps des mouvements convulsifs. Lorsque l'enfant eut atteint l'âge de cinq mois, on fit usage d'un bandage à pelote, ayant la même forme que celui dont je me sers pour le traitement de la hernie ombilicale chez les enfants ; ce bandage a toujours été porté depuis cette époque.

« A l'âge de quinze mois, le petit malade commença à se servir de ses membres. Il se transportait d'un lieu dans un autre, en s'appuyant sur ses mains et sur ses genoux Il était âgé de dix-huit mois, lorsqu'un jour la pelote ayant accidentellement glissé de dessus la tumeur, qui avait alors le volume d'une petite orange, la mère observa qu'après la réduction de la tumeur l'enfant parut

éprouver de la stupeur. Ce symptôme se produisait toutes les fois qu'on réappliquait le bandage après l'avoir enlevé pendant quelques instants.

« Le petit malade commença à parler à l'âge de quinze mois, et à deux ans il marchait seul. Maintenant (12 mai 1811) il va à l'école, il court, saute, folâtre comme les autres enfants. Ses facultés intellectuelles ne paraissent pas inférieures à celles des camarades de son âge. Il a de la mémoire et apprend avec facilité. Dans la première année de son existence, il a eu la rougeole et la variole, puis la coqueluche à l'âge de trois ans. Sa tête, tant avant qu'après l'occlusion des fontanelles, s'est toujours montrée dans de justes proportions avec les autres parties du corps.

« Au moyen du bandage, la tumeur est maintenue entièrement dans le canal rachidien ; mais dès que ce moyen contentif est enlevé, elle reparaît à l'extérieur, et forme une saillie qui égale en volume la moitié d'une petite orange. Il est donc indispensable que l'emploi de la compression soit continué. Lorsque le bandage n'est pas en place, on peut facilement refouler la peau qui recouvre la tumeur, au point d'introduire le petit doigt jusque dans le canal rachidien. »

Nous rapportons plus loin un second fait, dans lequel (voy. obs. VII), après avoir répété plus de trente fois la ponction de la tumeur, Ast. Cooper fut forcé d'abandonner ses essais de traitement curatif pour revenir à l'application permanente d'un bandage à pelote concave. Sous l'influence de ce moyen, la tumeur diminua graduellement de volume et l'enfant s'est développé d'une manière normale.

Quant aux applications topiques capables de provoquer le développement normal de la peau qui recouvre la tumeur, nous ne voyons à signaler à cet égard que l'usage des astringents, et en particulier de l'acétate de plomb, recommandé par les chirurgiens du siècle dernier. Nous en trouvons un nouvel exemple dans un article de M. Laborie sur un nouveau procédé opératoire mis en pratique par M. Paul Dubois. On lit dans l'observation le passage suivant : « L'opération (ponction du spina-bifida) terminée, M. Dubois, pour fortifier la peau, prescrivit l'application d'une forte solution d'extrait de saturne. On fit ensuite une compression modérée. Dès le lendemain, la peau était modifiée, les petits pertuis qui laissent suinter le liquide étaient fermés. La rougeur était moins vive... Au sixième jour, une nouvelle ponction fut pratiquée. La peau avait perdu presque complétement sa coloration anormale. »

Cette action topique du sel de plomb nous porterait, dans un cas de spina-bifida peu volumineux, à tenter l'essai du collodion saturnin. L'emploi de cette préparation remplirait à la fois les deux indications posées par le traitement prophylactique de l'anomalie, sauf à seconder, si besoin était, la puissance compressive du collodion par l'emploi d'une bande roulée autour du corps. La couche de collodion saturnin aurait encore à nos yeux le précieux avantage de

mettre le tégument à l'abri du contact de l'urine et des matières fécales, et de prévenir ainsi l'excoriation qui peut résulter de ces deux causes. Rien ne s'oppose, d'ailleurs, à ce qu'on seconde l'action du collodion par l'usage d'une ceinture à pelote concave. Il faut toutefois se rappeler que tout bandage embrassant le corps comprime les viscères abdominaux et gêne la circulation ; ce sera donc toujours un résultat avantageux que de se passer de son action. L'observation du second adulte porteur d'un spina-bifida va nous fournir un exemple d'un mode de protection analogue, mais exempt de tout inconvénient.

Obs. III. *Spina-bifida chez un homme âgé de vingt-cinq ans, protégé par une poche solide.* Cet homme, infirmier en 1831 dans le service de M. Jadiaux, à l'hôpital Cochin, présentait son vice de conformation au niveau des premières vertèbres lombaires. La tumeur, du volume du poing, à parois minces, était parfaitement arrondie, non pédiculée, molle, dépressible, transparente et si douloureuse à la moindre pression, qu'elle provoquait instantanément sous la main une réaction vive sur le cerveau, et une paralysie proportionnelle dans les membres inférieurs. Cet homme n'avait jamais subi d'opération chirurgicale ; on s'était contenté de protéger sa tumeur à l'aide d'une poche solide maintenue par une ceinture, et il faisait sans fatigue son service d'infirmier.

Un résultat précieux des méthodes prophylactiques est de permettre aux praticiens d'agir immédiatement et de répondre ainsi au vœu des familles ; il est peu d'affections qui éveillent autant la sollicitude des parents que les vices de conformation. Les praticiens ne sauraient hésiter, d'ailleurs, à recourir aux moyens physiques, destinés à assurer la vie des enfants en même temps qu'ils s'opposent aux progrès de la maladie. Toujours leur emploi préparera le succès des procédés plus énergiques réclamés par les tentatives de curation. Ainsi, dans l'espèce, à supposer que la compression n'empêche pas le développement de la tumeur, l'action topique fortifiera le tégument extérieur, et les agents contentifs, en le mettant à l'abri de causes d'ulcération et de rupture, assureront le développement normal de l'enfant et le placeront par ce seul fait dans les meilleures conditions pour résister aux actions chirurgicales qui pourraient être tentées. A ce titre, la valeur de ces moyens vaut mieux que le jugement qu'en portait Ast. Cooper.

Voici, en effet, comment ce grand praticien résume la valeur de son mode de traitement palliatif. « Il consiste à traiter le spina-bifida comme une hernie, et à appliquer un bandage à pelote pour maintenir la tumeur. L'emploi de ce moyen palliatif n'entraîne aucun danger. La pelote est un sorte de vertèbre artificielle qui supplée à la vertèbre manquante. C'est un arc-boutant qui soutient les parties et qui s'op-

pose aux progrès de la maladie. Mais quand on agit ainsi, l'emploi du bandage *reste indispensable pour toute la vie*, car si l'on en discontinuait l'usage, la tumeur reparaîtrait, s'accroîtrait en volume à la manière des hernies et pourrait entraîner des conséquences fâcheuses. » Prenant pour base de son jugement seulement les faits de sa pratique, Ast. Cooper ne pouvait conclure autrement ; mais il n'en est plus de même si l'on consulte l'expérience des autres chirurgiens.

Un fait bien important est que le nombre des succès augmente d'une manière remarquable à mesure que l'âge des petits opérés s'élève. Plusieurs causes rendent compte de ce résultat ; un grand nombre des enfants atteints de spina-bifida naissent faibles et languissants ; on conçoit que la mise en œuvre des moyens énergiques, destinés à amener l'oblitération de la tumeur, entraîne la mort des petits sujets. En outre, le nouveau-né affecté d'hydrorachis n'a pas seulement à échapper aux dangers créés par la non-protection d'une portion des membranes rachidiennes, celle qui entre dans la composition des parois de la tumeur, il a encore à résister aux causes générales de mortalité qui pèsent si lourdement sur l'enfance. C'est donc augmenter les chances de succès des traitements curatifs que de faire parcourir aux nouveau-nés leur première enfance sans autre intervention que celle des moyens hygiéniques ; alors on voit guérir des enfants dont le vice de conformation paraissait au-dessus des ressources de l'art ; nous citerons comme exemple ceux dans lesquels les membres inférieurs sont paralysés.

Ce que nous venons de dire prouvera, nous l'espérons, que l'emploi des moyens prophylactiques n'est pas destiné seulement à la palliation de l'anomalie. Ces moyens devront être mis en œuvre tout d'abord, puisqu'ils ont pour résultat de reculer l'époque d'une intervention plus active de l'art, et permettent de choisir le moment le plus favorable pour l'emploi des méthodes curatives. Les conséquences de l'action chirurgicale sont assez sérieuses pour que les praticiens prudents cherchent, par tous les moyens possibles, à en assurer le succès. Alors seulement on pourra se prononcer sur la valeur des moyens curateurs. La plupart des expérimentateurs, préoccupés du danger que courent les enfants atteints d'hydrorachis, se sont trop hâtés d'intervenir. Aussi le résultat de leurs essais n'offre-t-il pas toute la rigueur nécessaire pour apprécier encore la valeur des méthodes thérapeutiques appliquées au traitement du spina-bifida. (*La suite au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelle préparation d'iode dans le traitement de la syphilis : saccharure iodé.

L'action médicative de l'iode à l'état métalloïde est plus durable, suivant M. Fantonetti, que celle de l'iodure potassique, qui s'élimine si promptement par les urines; il était donc nécessaire, suivant ce médecin, d'avoir une formule pharmaceutique qui, tout en donnant une préparation inaltérable, livrât un remède agréable au goût et n'exposant à aucune conséquence fâcheuse. La teinture d'iode, à cause de la réaction chimique qui engendre de l'acide iodhydrique d'où résulte la séparation d'une portion d'iode, n'atteint pas ce but. M. Fantonetti croit que le procédé suivant est appelé à réaliser le desideratum.

Mettez 5 centigrammes d'iode dans un mortier de verre ou de porcelaine; versez dessus 9 à 10 gouttes d'alcool, et triturez jusqu'à dissolution complète. Ajoutez 12 grammes d'abord, puis 25 autres grammes de sucre raffiné, que vous broyez assez longtemps pour opérer un mélange intime.

Le tout est divisé en 15 parties égales, dont on fera prendre au malade 3, 4, et même 5 parties dans les vingt-quatre heures. Cette préparation n'est pas inaltérable, car l'iode se volatilise à la température ordinaire; il importe donc de n'en pas préparer une plus grande quantité à la fois, mais on se trouve à l'abri de la formation d'acide iodhydrique.

On peut mélanger le saccharure ci-dessus avec du miel et du chocolat, et créer des préparations qui sont acceptées plus facilement par les malades difficiles.

L'auteur recommande sa préparation surtout dans les cas où le traitement mercuriel est mal supporté par les malades; le saccharure d'iode est agréable et dépourvu, dit-il, de tout inconvénient.

Sirop boraté.

Dans les cas de catarrhe laryngé, M. Trousseau préfère l'emploi de ce sirop à l'usage des gargarismes. Voici sa formule :

Borax...........................	15 grammes.
Sirop de sucre.....................	300 grammes.

M. S. A. à prendre par cuillerée à café, sept, huit ou dix fois par jour, en ayant soin de ne pas boire immédiatement, afin de prolonger le contact du sel avec la muqueuse affectée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur les purgatifs. — Un mot sur leur emploi comme traitement de la cholérine.

La Société médico-pratique de Paris a mis au concours pour 1857 le sujet des purgatifs, leur mode d'action, et les indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux, il me sera permis de dire qu'aucune question ne pouvait offrir plus d'intérêt au praticien, ni peut-être autant d'importance; c'est pourquoi je félicite ce corps savant du choix qu'il a fait du sujet du concours. En ma qualité de médecin anglais, exerçant depuis vingt années à Paris, et par ce fait à même d'apprécier les idées d'un grand nombre de confrères français, je prends la liberté de vous soumettre quelques courtes observations sur cette question éminemment pratique.

Je dirai d'abord que sans exagération l'exercice de la médecine consiste, en très-grande partie, dans l'emploi des déplétions sanguines et des purgatifs, et quand un jeune médecin commence sa clientèle, imbu de bons principes sur l'action de ces deux moyens, il trouve la pratique de l'art moins difficile, arrive quelquefois à obtenir des guérisons inattendues, et laisse ainsi moins de besogne aux charlatans.

Je me suis souvent demandé comment il se fait que les médecins français, qui se sont tellement distingués dans leurs recherches sur l'anatomie pathologique et sur le diagnostic, aient négligé et en quelque sorte dédaigné les ressources de la matière médicale. La réponse se trouve, je crois, en ce que la plupart des médecins de la génération actuelle ont été élevés, sinon dans, au moins à côté de l'école tranchante de Broussais, et qu'ils ont subi son influence. J'étais étudiant à Paris du temps de ce grand réformateur, et je me rappelle très-bien que le traitement presque général des maladies consistait dans l'application des sangsues à l'épigastre ou à l'anus et dans l'administration de l'eau de gomme à l'intérieur, et si quelque malencontreux fils de l'ex-perfide Albion se hasardait à suggérer un purgatif, on trouvait *quite shocking* sa rudesse britannique. Broussais ne voulut tenir aucun compte des résultats de la médication purgative proclamé par Hamilton, d'Edimbourg, au commencement du siècle. La publication de son ouvrage avait presque fait en Angleterre une révolution dans la pratique de l'art; on y rencontre des exemples nombreux de maladies qui, traitées jusqu'alors par la méthode stimulante de Brown et sans succès, se

trouvaient guéries en quelque sorte miraculeusement par la méthode du médecin écossais.

En ce qui concerne donc les purgatifs, et surtout quant à leur spécialité d'action, je crois qu'il y a trop de scepticisme en France. Neuf fois sur dix les médecins français se bornent à prescrire l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz ou le citrate de magnésie. Eh bien ! je puis certifier à mes confrères qu'il y a un choix plus judicieux à faire des purgatifs. Je peux me tromper, mais je ne crois pas le faire en cette circonstance, parce que j'examine les choses de sang-froid et sans préjugé : d'ailleurs, il n'y a rien de plus facile et j'ajouterai de plus désirable, qu'une vérification.

Nous autres, praticiens anglais, nous nous servons des apéritifs de deux façons ; l'une à dose élevée pour purger, et l'autre à doses fractionnées, comme altérants ou modificateurs de l'état morbide. Pour moi, je suis parfaitement convaincu que les préparations mercurielles ont une action spéciale sur la sécrétion du foie ; que la magnésie, la rhubarbe, la scammonée et le jalap agissent sur l'intestin grêle; l'aloès et la coloquinte sur le gros intestin, et que les apéritifs salins ont une action plus prononcée sur la sécrétion des follicules muqueux du tube intestinal que sur l'action péristaltique. De sorte que si nous avons affaire à un état saburral de la langue (sans fièvre, bien entendu) nous guérissons beaucoup plus vite en ajoutant 5, 10 ou 15 centigrammes de calomel ou de pilule bleue à la rhubarbe, à la scammonée, ou au jalap que nous ordonnons, parce que le mercure contribue à rendre la sécrétion de la bile normale, en même temps que les derniers médicaments dégagent le cours de l'intestin grêle des matières plus ou moins viciées qui y séjournent. Si, au contraire, la langue est assez nette et s'il y a de la constipation, c'est alors que les lavements sont indiqués et sont d'une très-grande valeur. Mais si les malades s'y opposent, les pilules d'aloès ou de coloquinte doivent leur être substituées, leur action sur le colon et le rectum étant bien connue. C'est surtout dans les affections inflammatoires que les purgatifs salins sont applicables ; une fois que la congestion a été diminuée par les déplétions sanguines et l'usage des émollients, les sels purgatifs, en excitant une hypersécrétion de la muqueuse intestinale, contribuent puissamment à triompher de l'état morbide. L'huile de ricin est un excellent purgatif, mais ce médicament est principalement indiqué chez les personnes dont les intestins sont sensibles et chez des femmes en couches. Je ne parle ici que des principaux purgatifs.

Maintenant je vais indiquer la meilleure manière de les prescrire.

D'abord le calomel ou la pilule bleue à dose purgative ne doivent être donnés seuls que par exception ; il faut toujours leur associer un peu de gingembre, de poudre aromatique ou bien une goutte d'huile essentielle, si l'on veut éviter que leur action cause des coliques aux malades. Règle générale, on doit toujours ajouter un aromate à tout purgatif végétal ou minéral. Grâce à cette précaution, les coliques sont ordinairement prévenues, et l'efficacité du médicament est augmentée. Je veux guérir un homme affecté d'inappétence, de malaise, etc., et dont la langue est saburrale ; je lui prescris 20 ou 25 centigrammes de scammonée, 10 ou 15 de calomel et 10 de gingembre mêlés pour faire deux pilules à prendre en se couchant, et en même temps une petite potion à prendre le lendemain de grand matin, pour seconder l'effet des pilules, et si, je puis m'exprimer ainsi, balayer les intestins. La potion peut contenir de 10 à 15 grammes de sulfate de magnésie ou de tartrate de soude et de potasse dissous dans 50 à 70 grammes d'eau.

A cette occasion, je ferai observer qu'il est très-important d'administrer les médicaments sous un aussi petit volume que possible, et c'est pour cela que toutes les fois que je prescris la rhubarbe en pilules, au lieu de donner de 50 centigrammes à 1 gramme de l'extrait, ce qui nécessiterait 4 ou 6 pilules, je préfère une excellente préparation de la pharmacopée anglaise appelée *massa pilulæ rhei composita*, qui est composée de 4 parties de rhubarbe de Turquie, 3 d'aloès et 2 de myrrhe avec un peu de savon médicinal et d'huile essentielle aromatique. La rhubarbe et la myrrhe tempèrent la violence de l'aloès, et cette masse, à la dose de 20 à 30 centigrammes, constitue un des apéritifs les plus doux et les plus efficaces. La masse de rhubarbe ou le jalap, unis aux mercuriaux, se donnent à peu près aux mêmes doses ; l'aloès ou la coloquinte à des doses plus faibles. J'insiste sur les quantités, car il me paraît exister une tendance assez générale à user des doses plus fortes que de besoin, quand il est question d'une purgation.

J'observe depuis quelques années à Paris une plus grande susceptibilité du tube intestinal, non pas qu'il y ait, comme au beau temps de Broussais, de la gastro-entérite, mais une sensibilité, une susceptibilité plus grande de la muqueuse. Cette modification de la constitution ne doit-elle pas être rapportée aux fréquentes épidémies de choléra qui ont éprouvé la capitale ? Il est positif que le calomel administré maintenant à des doses fractionnées de 1 centigramme ou même de quelques milligrammes est extrêmement utile dans certains cas.

Ceci me conduit naturellement au deuxième mode d'administration des apéritifs, ce que les Anglais appellent les *alteratives*, des altérants ou modificateurs de l'état morbide : manière très-peu connue en France, excepté en ce qui regarde les grands traitements iodés ou mercuriels, pour des cas qui indiquent très-clairement le besoin de l'usage de ces médicaments. Mais dans une foule d'indispositions pour lesquelles il n'y a pas de nom ou de classification, pour des malaises, des conditions où l'on ne se porte pas bien, sans être très-malade, comme également dans des cas d'une grande gravité qui font mine de résister aux moyens héroïques qu'on leur oppose, l'intervention des médicaments qui se rapportent plutôt à la classe des purgatifs, qu'à toute autre, soit une précieuse ressource, mais il faut les donner à des doses altérantes ; tels sont le calomel; la pilule bleue, la préparation anglaise *hydrargyrum cum cretâ* (1); la rhubarbe et les autres principaux purgatifs, administrés à des doses si faibles que le malade n'ait guère plus d'une évacuation alvine par jour. Avant l'expiration de trois ou quatre semaines, on observe ordinairement les effets favorables de ces altérants, plutôt dans la position améliorée du malade que par des actions produites. Il arrive cependant que les excrétions alvines, qui ne présentaient pas tout à fait ni la couleur ni l'odeur normales, redeviennent naturelles par suite de l'usage des altérants. Quelquefois aussi l'haleine, qui avait été forte, redevient douce ; puis, à l'aide de quelques amers, souvent même sans leur secours, la santé se rétablit complétement.

Une remarque de la dernière importance est celle-ci, qu'avant de commencer un traitement quelconque (les affections inflammatoires exceptées), que nous devions user soit de l'iode, soit du mercure, des amers, etc., il faut faire précéder leur usage, si l'état gastrique du malade l'exige, de l'emploi des apéritifs, que nous jugions à propos de les administrer à doses purgatives ou à doses altérantes ; et il est certain que les résultats du traitement spécial seront infiniment plus efficaces et plus prompts : aussi, pendant le cours des traitements mercuriels iodés, etc., ne faut-il jamais perdre de vue l'état des sécrétions alvines, et suspendre ces médicaments, au besoin, jusqu'au retour de la condition normale de ces sécrétions.

Il est incroyable combien d'états maladifs sont guéris par l'usage prudent des purgatifs. J'ai vu plusieurs fois des aberrations de la sécrétion rénale qui avaient causé de vives alarmes, où l'on parlait

(1) Triturez ensemble trois parties de mercure avec cinq parties de la craie jusqu'à extinction des globules. (Pharmacopée de Londres).

de dépôts acides, alcalins, de diabète, etc., le tout produit par un dérangement fonctionnel du foie, qui ont été guéri, en quelques semaines, par un emploi judicieux des altérants. Je ne dois pas omettre de dire que quand l'estomac et les intestins sont très-susceptibles et ne tolèrent pas bien les médicaments altérants, l'absorption cutanée est indiquée; l'emplâtre mercuriel sur la région du foie est surtout utile. Enfin, chaque praticien a ses prédilections; celui-ci donne la préférence à certains médicaments, celui-là à d'autres, et tous les deux réussissent; le règne végétal surtout n'est pas avare de ses richesses.

Il est donc indubitable que les purgatifs jouent le rôle le plus important dans le traitement des maladies : de celles aiguës, après les déplétions sanguines convenables; de celles chroniques, avec ou sans l'aide de remèdes spéciaux.

Je ne puis terminer ces remarques sans dire un mot sur l'usage des purgatifs dans le choléra; la proposition semble un paradoxe; mais les faits parlent plus haut que les théories. J'ai vu les quatre épidémies de choléra, celles de 1832, de 1849, de 1854 et de 1855. J'ai lu des théories extrêmement intéressantes sur la matière. Je connais l'appât séduisant du prix Bréant : 100,000 francs à gagner, rien que pour un simple petit remède contre le choléra! Eh bien! jamais jusqu'à la fin du monde l'on ne trouvera de spécifique contre une telle maladie! Un spécifique pour faire circuler dans les veines un sang qui est réduit à un état de gelée, et lui rendre les parties aqueuses qu'il a perdues! Cependant on a guéri la maladie à cette période, c'est vrai; j'en ai vu même quelques rares exemples; mais cela ne prouve rien. Si ce côté du tableau est bien triste et bien désolant, il n'en est pas du tout de même de l'autre côté. Si le choléra, proprement dit, est incurable, la cholérine, qui n'est que sa première période, est presque toujours curable et très-curable. Pour cela, il ne faut que trois choses : 1° que le malade fasse diète : 2° qu'il garde le lit; et 3° qu'il prenne les remèdes nécessaires. Les histoires publiées par les journaux politiques de cas foudroyants de choléra sont des contes. Je ne nie pas que cela n'ait lieu sur les bords du Gange, où les miasmes sont plus toxiques que dans nos climats; mais cela n'a pas lieu chez nous. Ici il y a toujours des symptômes précurseurs, de l'embarras gastrique et de la diarrhée, de sorte qu'il ne tient qu'à nous de n'avoir pas le choléra.

La cholérine nous attaque par l'effet de l'influence miasmatique dont l'essence est encore inconnue et le sera probablement toujours; et, négligeant son traitement, nous la laissons dégénérer en cho-

léra incurable! Combien de fois ai-je été assailli par les clameurs des clients qui voulaient, à toute force, manger au beau milieu d'une cholérine, et au moment même où leur vie dépendait de la diète! Paris perdit 18,000 âmes par l'épidémie de 1832; 20,000 par celle de 1849, et autant en 1854. Je n'hésite pas à dire que les cinq sixièmes de ces décès peuvent être attribués ou à la gloutonnerie des gens ou à leur incurie. Je dis qu'il est très-difficile de mourir du choléra, si l'on se soigne de la cholérine. Un médecin, par exemple, qui sait ce qu'il a à faire, ne devrait pas avoir le choléra; et quand je lis les récits des décès de médecins par ce fléau, je regarde ces hommes comme des martyrs du devoir: ils savent que le repos et le régime les guériraient; mais ils ne veulent pas abandonner le champ de bataille!

Quand le médecin est appelé à traiter un cas de diarrhée pendant l'existence de l'influence épidémique, son premier soin devrait être de savoir si le malade a bien mangé la veille de l'invasion des symptômes. Dans le cas affirmatif, il débarrassera les intestins de suite, en prescrivant un purgatif, mais bien plus doux qu'il n'ordonnerait en temps ordinaire; par exemple, au lieu de 20 centigrammes de la masse de rhubarbe avec même quantité de scammonée et 10 ou 15 de calomel, l'on prescrirait la scammonée, et l'on donnerait la rhubarbe avec 5 ou 10 centigrammes de calomel seulement, en n'oubliant pas d'ajouter une forte proportion d'un aromate, poudre de gingembre ou d'une huile essentielle. Si l'on présume qu'il y a une collection de matières fécales dans le gros intestin, on prescrira un lavement émollient. Ces moyens, combinés avec la diète et la chaleur du lit, suffisent ordinairement pour la guérison. Dans les deux dernières épidémies, j'ai adopté une règle que je crois très-prudente et souvent nécessaire; c'est de prescrire, simultanément avec le purgatif, une potion astringente et opiacée. En voici la raison: dans les temps ordinaires, on peut calculer à peu près l'effet qu'aura le purgatif qu'on administre; mais lorsque règne une épidémie de choléra, cela n'est plus possible. Une dose très-minime produira souvent plus d'effet que nous ne le désirons, résultat de la susceptibilité du tube intestinal sous l'influence morbifique. Alors il devient urgent d'avoir sous la main un médicament qui calme les intestins, et arrête la marche de la diarrhée provoquée. Il est bien entendu que quand nous sommes appelés pour un cas de cholérine chez une personne délicate qui n'a à se reprocher aucun acte d'intempérance, on doit essayer de l'arrêter tout de suite par l'usage des astringents, etc. Une des meilleures préparations de cette

dernière classe est la mixture de craie de la pharmacopée anglaise [1], mêlée avec une eau aromatique, telle que cannelle, mélisse ou menthe poivrée, et une assez forte adjonction de laudanum ou de jusquiame.

Pendant les diverses épidémies du fléau indien, j'ai souvent eu occasion de voir des ordonnances contenant des quantités dérisoires d'opium, prescrites dans des cas où il était extrêmement urgent d'enrayer la diarrhée. Qu'est-ce que cela fait si le malade éprouve un peu de mal de tête pendant vingt-quatre heures, par suite d'une bonne dose d'opium, pourvu qu'on le mette à l'abri de la période cholérique? De sorte que, au lieu de prescrire 1 gramme de laudanum dans une potion de 250 grammes, je n'hésite pas à en ajouter de 4 à 6 grammes, à prendre par cuillerées, bien entendu, selon l'urgence des symptômes : de cette façon, on guérira presque tous ses malades.

Je ne suis pas partisan de l'administration des purgatifs salins dans la cholérine, excepté comme moyen accessoire des purgatifs végétaux associés avec le calomel ou les pilules bleues, et seulement quand ces derniers sont lents à agir, ou ont agi trop peu pour débarrasser les intestins; les sels, tels que le sulfate de magnésie, le tartrate de soude et de potasse, sont très-utiles, mais à des doses de 3 à 6 grammes seulement. L'huile de ricin (6 à 8 grammes), avec quelques gouttes de laudanum, prise dans une eau aromatique, est souvent plus sûre et plus douce dans son action que les sels. Un médecin français, dont je ne me rappelle plus le nom, mais qui exerce à Rosny, a écrit plusieurs bons articles sur l'efficacité des purgatifs salins dans la cholérine. Je prendrai la liberté de suggérer à cet honorable confrère d'essayer ma méthode quand il en aura l'occasion, et je suis persuadé qu'il lui donnera la préférence; il y a dans la cholérine une telle tendance à la formation des gaz intestinaux que les aromates devraient presque toujours former un ingrédient de nos ordonnances.

En somme, dans la pratique de l'art, les purgatifs sont certainement la classe la plus importante de médicaments, que nous les administrions dans les affections aiguës ou chroniques, à des doses purgatives ou altérantes. Dr Higgins.

---

[1] Craie préparée, 1/4 d'once; sucre en poudre, 1 gros 1/2; mucilage de gomme arabique, 6 gros; eau de cannelle, 9 onces. (Pharmacopée de Londres.)

BIBLIOGRAPHIE.

Etude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé, dans le traitement de diverses maladies, selon les procédés médico-pneumatiques, ou d'atmosphérie, de M. Tabarié, par M. E. Bertin, directeur de l'établissement médico-pneumatique de Montpellier, professeur agrégé de la Faculté de médecine, et médecin des prisons cellulaires de la même ville, etc.

Nous avons rendu compte, il y a quelques années, d'un ouvrage de Pravaz, traitant la même question qui fait le sujet des Etudes cliniques de M. E. Bertin. Les réserves que nous avons faites alors, nous aurions à les faire encore aujourd'hui, bien que jusqu'ici au moins l'intelligent agrégé de la Faculté de Montpellier ait circonscrit ses études dans un cercle beaucoup plus restreint que ne l'a fait le regrettable médecin de Lyon. En effet, pendant que celui-ci tendait évidemment à rendre presque toutes les maladies tributaires de la nouvelle thérapeutique, M. Bertin en borne les applications à quelques lésions de l'appareil respiratoire, spécialement quelques maladies du larynx, des bronches, l'emphysème pulmonaire, une névrose mal définie de la respiration, l'hémoptysie, la phthisie pulmonaire. C'est déjà un ensemble de maladies assez imposant, et si la thérapeutique médico-pneumatique pouvait nous démontrer qu'elle guérit ces affections, ou même seulement qu'elle y apporte une amélioration notable, nous l'avouerons franchement, nous ne lui en demanderions pas davantage. En est-il ainsi? interrogeons sur ce point le livre de l'auteur, en nous bornant à celle de ces affections sur laquelle il semble en effet que la méthode ait le plus de prise, c'est-à-dire l'emphysème pulmonaire.

M. Bertin cite dans son ouvrage de nombreux cas de ce genre, dans lesquels les bains d'air comprimé ont, dans l'opinion de l'auteur, exercé une influence éminemment favorable sur les symptômes par lesquels cette maladie se traduit à l'observation. Ce que l'honorable médecin de Montpellier affirme ici, nous sommes convaincu qu'il le croit; et à supposer même qu'à son insu, comme il arrive si souvent aux hommes intelligents qui caressent une idée, il se soit exagéré la portée de cette influence, nous croyons, nous, sans hésiter, que cette influence est réelle. En lisant attentivement les faits nombreux rapportés dans les études cliniques, on ne peut conserver le moindre doute à cet égard. Mais cette influence va-t-elle, nous ne disons pas jusqu'à guérir radicalement la maladie, mais seulement jusqu'à en modifier les symptômes pendant un assez long temps, après que le poumon a cessé d'être soumis à une pression atmo-

sphérique graduellement et méthodiquement augmentée? Voilà ce que nous n'oserions pas décider, tant que M. Bertin n'aura pas mis en regard de ses observations expérimentales des faits où la maladie est abandonnée à elle-même. Qui de nous n'a eu occasion d'observer des asthmes liés à l'emphysème pulmonaire, et dont les accès se rapprochent ou s'éloignent, sans qu'on puisse à coup sûr préciser les causes de cette mobile fluctuation ? Et puis, c'est à Montpellier qu'observe M. Bertin, c'est dans un établissement spécial fondé par un homme dont le mérite est apprécié de tous, M. Tabarie. Le climat de cette ville, les soins intelligents dont sont entourés les malades étrangers qui vont chercher au loin une amélioration à leurs souffrances, la confiance que doivent inspirer des hommes honorés de l'estime publique, et qui la méritent, tout cela est-il de nul effet dans l'influence heureuse que signale l'honorable auteur des Etudes cliniques ?

Ce que nous venons de dire de l'emphysème pulmonaire, nous le dirions avec bien plus de raison encore de la bronchite chronique, de la laryngite chronique, etc. ; nous le dirions même de la phthisie. Quant à cette dernière, M. Bertin, plus prudent en cela que Pravaz, ne va pas aussi loin que lui, et bien que quelques faits qu'il a observés l'étonnent, et avec raison, il suspend son jugement.

En somme, par quelle conclusion terminerons-nous ces courtes remarques?—Par celle-ci : c'est que M. Bertin est dans la voie d'une expérimentation extrêmement intéressante, mais que, dans l'étude de cette influence, il faut tenir compte des influences collatérales, sous peine de courir à l'erreur. Cette circonspection, cette prudence de jugement, il nous semble que l'habile thérapeutiste ne l'a pas poussée assez loin, bien qu'en esprit juste et droit, il ait le sentiment de cette nécessité logique. Plus nous espérons de l'idée féconde qu'il poursuit, plus nous avons foi en sa sagacité, et plus nous avons dû signaler avec soin l'écueil auquel un homme laborieux, intelligent, pourrait se briser. C'est là le sens de cette note, elle n'en a pas d'autre.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouveau procédé opératoire simplifiant les cas graves de phimosis.— Pour cet étranglement, dit M. Malgaigne, comme pour les étranglements herniaires, on cherche d'abord à opérer la réduction, et l'on y réussit le plus souvent. Mais quand la réduction est impos-

sible, on conseille alors, de même que dans les étranglements herniaires, de diviser la bride qui étrangle et au besoin de répéter cette section sur deux ou trois points. Or, on diminue bien ainsi les accidents de l'étranglement, mais la réduction n'en demeure pas moins impossible; du moins, pour mon compte, je ne l'ai jamais vu obtenir après une semblable opération. Quelle est la raison de cet insuccès? C'est que l'anneau préputial, en déterminant l'inflammation, l'ulcération, quelquefois même la gangrène des parties qu'il étrangle, commence par épaissir le tissu cellulaire sous-jacent, et par organiser des adhérences étendues entre la couche tégumentaire et les corps caverneux. Le débridement même répété ne détruit pas ces adhérences et ne suffit pas dès lors à la réduction, tandis que la destruction de ces adhérences, même sans débridement, suffit pour ramener les parties à leur place.

Ainsi, l'étude de cette affection m'a conduit à distinguer un élément nouveau, laissé jusqu'à présent dans l'ombre; la constatation de cet élément entraînait une indication nouvelle; et voici comment j'ai rempli cette indication.

Un jeune homme est entré dans mon service le 11 de ce mois, pour un paraphimosis datant de cinq jours, et déjà on voyait sur le dos du pénis une ulcération superficielle embrassant plus de la moitié de la circonférence de l'organe. Les internes essayèrent vainement la réduction; le lendemain, à la visite, je ne fus pas plus heureux; les adhérences des téguments avec les corps caverneux y opposaient un obstacle insurmontable. Je glissai à plat, entre les téguments et les corps caverneux, un bistouri étroit, à l'aide duquel je divisai ces adhérences dans l'étendue de 1 centimètre. Cela ne suffit point. Je reportai dans l'incision un bistouri boutonné, pour compléter la division des adhérences dans toute leur étendue, et la réduction fut obtenue avec la plus grande facilité. Dès le lendemain, l'engorgement du prépuce avait diminué; le troisième jour, l'ulcération était cicatrisée et l'opéré est sorti le 20 avril, guéri depuis plusieurs jours et sans avoir éprouvé aucune espèce d'accidents.

Ablation totale du maxillaire inférieur, nécessitée par le développement d'une énorme tumeur fibreuse. — Guérison. — Les faits d'ablation totale du maxillaire supérieur pratiquée avec succès sont aujourd'hui nombreux dans la science; il n'en est pas de même pour le maxillaire inférieur. A ce titre le fait suivant mérite d'être enregistré. Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, affecté d'une tumeur volumineuse du maxillaire inférieur, tumeur

dont le malade faisait remonter l'origine à plus de huit années, et qui, par suite du développement lent et successif, était arrivé à produire une gêne notable de la mastication, de la déglutition, et de l'articulation des sons, ainsi qu'une difformité hideuse de la face.

Le 15 avril dernier M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante. Le malade étant soumis au chloroforme, dit ce chirurgien, j'incisai verticalement la lèvre inférieure sur la ligne médiane, et, continuant l'incision horizontalement du côté droit, je divisai profondément les parties molles jusqu'au devant du masseter. Dans un deuxième temps, je divisai l'os maxillaire sur la ligne médiane, au moyen de la scie à chaîne ; puis, avec le bout du doigt et l'extrémité mousse des ciseaux courbes, je détachai les parties molles, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, en ayant soin d'enlever en même temps le périoste. Dans un quatrième temps, je fis basculer l'os pour amener en avant l'apophyse coronoïde ; mais celui-ci, devenu trop fragile par suite de la distention de ses fibres, se brisa audessous de l'apophyse. Saisissant alors celle-ci avec un davier, je l'attirai en avant, divisai le tendon du crotaphite et du ptérygoïdien externe avec des ciseaux courbes, et terminai cette première partie de l'opération en extrayant le condyle.

Pour l'autre portion du maxillaire, qui était loin d'offrir la même tuméfaction, après avoir détaché la muqueuse gingivale, en dedans et en dehors de l'arcade dentaire, sans incision des parties molles extérieures, j'énucléai l'os de son périoste, divisai d'un coup de bistouri le nerf mentonnier, puis déchirai le masseter et le ptérygoïdien interne près de leur insertion avec le bout du doigt indicateur. Faisant ensuite basculer l'os, pour attirer en avant l'apophyse coronoïde, je divisai avec des ciseaux courbes le tendon du temporal et celui du ptérygoïdien externe, et par un brusque mouvement d'arrachement je terminai l'opération.

L'extirpation de la moitié latérale droite avait exigé trois ligatures, celle de la moitié gauche n'en réclama aucune.

Par excès de prudence, et bien que la langue n'eût aucune tendance à se porter en arrière, je crus devoir passer un fil à la base du frein, puis je rapprochai les deux moitiés de la lèvre, ainsi que les bords de la plaie horizontale du côté droit, avec des points de suture entortillée, sur lesquels je fixai le fil qui retenait la langue. Immédiatement après le pansement, le malade put avaler sans trop de peine quelques gorgées d'eau et de vin sucrés; cependant je crus devoir opérer l'alimentation, pendant les deux premiers jours, avec la sonde œsophagienne.

Les suites de cette opération furent d'une simplicité inespérée. Aujourd'hui, c'est-à-dire quatre semaines après l'opération, le visage de l'opéré est devenu régulier, la langue a recouvré tous ses mouvements, la parole est nette, la déglutition facile, et déjà même, à la place de l'os maxillaire enlevé, on voit qu'il se développe un tissu dense et résistant qui, grâce à l'entière conservation du périoste, pourrait bien plus tard subir la transformation osseuse.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acide arsénieux. *De son emploi dans les congestions apoplectiques.* La disposition à l'apoplexie, d'après M. Lamarre-Picquot, dépend d'un accroissement outre mesure des globules du sang. L'acide arsénieux, ayant pour premier effet de rendre le sang moins riche en globules et moins plastique, ce médicament offrirait, dans toutes les congestions de forme apoplectique, une ressource thérapeutique des plus précieuses. Il est indispensable, avant de commencer une médication arsenicale, chez des individus prédisposés aux affections apoplectiques, de constater l'état de richesse ou d'altération du sang ; car dans le cas où ce fluide serait pauvre en globules, l'usage de l'acide arsénieux, qui est un hyposthénisant, accroîtrait cette condition anormale. Il est nécessaire d'en prolonger l'usage au delà du terme de la guérison, afin de lui assurer plus de chances de durée. L'auteur conseille d'administrer le médicament à la dose de 4 milligrammes à 1 centigr. par jour au moment des repas, pour en faciliter la tolérance et l'assimilation. — Les faits publiés par l'école italienne sur l'action hyposthénisante cardiaco - vasculaire de l'acide arsénieux semblent venir à l'appui des conclusions formulées par M. Lamarre-Picquot. Mais est-ce bien simplement dans des vues prophylactiques qu'on peut recourir à une médication aussi énergique que celle qui a l'arsenic pour base? La dose du médicament est faible, cela est vrai, mais son emploi doit être prolongé un long temps, et pour répéter un semblable essai, nous attendrions d'avoir à remédier à des troubles du cœur, en même temps qu'à des signes de congestion encéphalique. Du reste la réunion de ces circonstances pathologiques est loin d'être rare. (*Compte rendu de l'Ac. des sciences*, mai.)

Empoisonnement par l'opium (*De l'emploi de la belladone dans l'*). Depuis quelque temps déjà on a signalé cette espèce d'antagonisme qui existe entre l'action de l'opium et celle des solanées ou des ombellifères narcotiques, antagonisme qui se traduit physiologiquement par l'action exercée sur la pupille que le premier resserre et que les autres dilatent. Il y avait donc lieu de penser que l'emploi de la belladone pouvait être utile dans le coma produit par les opiacés, par conséquent dans l'empoisonnement proprement dit par l'opium. M. Anderson l'a, en effet, constaté chez une personne qui avait pris en trente-six heures deux onces de la solution de muriate de morphine, et qui, à la suite, était tombée dans un coma profond, avec respiration stertoreuse et très-lente, contraction extrême des pupilles, lenteur et faiblesse extrême du pouls. L'administration de 24 grammes de teinture de belladone, donnés avec prudence et par doses filantes, ramena le malade, en quatre heures et demie, à l'état suivant : plus de coma, de vingt-deux à vingt-cinq respirations par minute, dilatation considérable des pupilles, 120 pulsations par minute assez fortes, etc. Dans un autre cas, chez une femme de cinquante ans, qui avait pris en quelques heures 20 grammes de laudanum et qui était tombée dans le coma, avec respiration stertoreuse. contraction extrême des pupilles, faiblesse du pouls et refroidissement extrême des extrémités, M. Anderson prescrivit 30 grammes de teinture de belladone dans 90 gram. d'eau, et dans la demi-heure suivante, 8 autres grammes de teinture.

Une heure et demie après, les premières modifications se montraient dans les dimensions de la pupille, respiration plus fréquente et pouls plus fort. Trois heures après, toute trace d'empoisonnement avait disparu. — Nous reconnaissons tout ce qu'il y a d'intéressant dans ces espèces d'antagonismes ; nous pensons néanmoins qu'il conviendrait peut-être d'apporter un peu plus de prudence dans l'administration de ces fortes doses de belladone. Ajoutons cependant, et ceci semble donner raison à M. Anderson, que des potions hypnotiques avec la morphine, la jusquiame, la belladone, sont restées quelquefois sans effet. Il y a donc là aussi quelque chose qui ne doit pas être perdu pour la pratique, et qui doit détourner les médecins de l'idée d'associer ainsi des narcotiques d'une espèce aussi différente. (*Edinb. medical Journal.*)

Etat puerpéral (*Emploi du sulfate de quinine contre certains accidents intermittents liés à l'*). Nos lecteurs se rappellent probablement le mémoire remarquable publié, il y a quelques années, par M. Leudet, sur l'emploi du sulfate de quinine comme moyen prophylactique de la fièvre puerpérale. Les faits dont nous avons à parler aujourd'hui, et que nous empruntons au service de M. Legroux, sont relatifs aux bons effets du sulfate de quinine dans certains accidents de l'état puerpéral. On voit assez souvent, en effet, paraître, soit de prime-abord, dans le cours de la fièvre de lait, soit à la suite des phénomènes indiquant l'emploi des évacuants, des frissons et des sueurs, avec une sorte d'intermittence. Eh bien ! il résulte des recherches de M. Legroux, dont M. Rombeau a consigné les résultats dans sa thèse, que le sulfate de quinine est d'une grande utilité pour combattre les sueurs abondantes et répétées à intervalles, qui apparaissent également sans cause connue, parfois aux mêmes heures ou simplement dans la soirée, parfois d'une manière plus périodique qu'intermittente ; enfin son action ne paraît pas même faire défaut dans les complications, lors, par exemple, qu'après les vomissements survenus sous l'influence de l'ipécacuanha ou du tartre stibié, il y a persistance de frissons, se répétant à intervalle. On voit des malades présentant quelques coliques, quelques douleurs avec intensité plus grande de la fièvre, souvent continue du reste, mais toujours avec redoublement dans l'accélération du pouls, dans la chaleur de la peau, etc., chez lesquels, sous l'influence du sulfate de quinine, les phénomènes fébriles cessent, le frisson reparaît sans chaleur ni fièvre ; parfois des alternatives de mouvement fébrile, coïncidant ou ne coïncidant pas avec la douleur de ventre et la persistance, soit d'une céphalalgie, soit d'un frisson léger, survenant vers le soir à la même heure, pouvant en dernière analyse s'éloigner ou disparaître sous l'influence du fébrifuge. La dose employée par M. Legroux est de 50 centigr. au plus, que l'on réduit les jours suivants à 0,25, à moins qu'un frisson nouveau n'oblige à revenir à la première dose. (*Thèses de Paris*, 1856.)

Forceps articulé (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du*). Ces jours derniers, M. Camille Bernard est venu entretenir de nouveau l'Académie du forceps articulé, sur lequel des rapports ont été présentés depuis quelque vingt ans par M. Velpeau, et plus tard par M. Villeneuve, sans que cet instrument ait acquis droit de domicile dans l'obstétrique. Ce forceps est cependant un instrument au moins ingénieux. Il se distingue du forceps ordinaire en ce que les deux branches, au lieu d'être introduites séparément, puis articulées, sont unies au moyen d'une charnière à genou, qui permet aux deux cuillers de s'appliquer l'une sur l'autre. A mesure qu'elles avancent, les cuillers se décroisent en tournant sur elles-mêmes et se développent sur la tête du fœtus jusqu'à ce qu'elles aient pris la même position que si elles eussent été placées séparément selon le procédé ordinaire. Par un mécanisme placé à l'extrémité des manches, on peut graduer le rapprochement des cuillers, conséquemment graduer et arrêter à un degré fixe la pression exercée sur la tête, et rendre cette pression indépendante des efforts de traction. Enfin si quelque circonstance empêche l'introduction des cuillers réunies, ou force à les désassembler pendant la manœuvre même, il suffit de tirer le verrou qui retient les charnières, et le forceps revient à l'instant aux conditions du forceps ordinaire.

On comprend facilement l'économie de temps qui peut résulter de l'introduction simultanée de tout l'instrument, l'avantage de pouvoir toujours se passer d'un aide, la solidité de position que se prêtent mutuellement les

deux branches par suite de leurunion, au lieu de la mobilité que présente la première branche du forceps désassemblé et à laquelle la main d'un aide ne suffit pas toujours à remédier. Malheureusement tout cela suppose que le jeu de l'instrument introduit est, toutes choses égales, aussi facile que celui du forceps usuel; que le cheminement des branches entre la tête et les parois vagino-utérines se fait aussi commodément que le glissement direct d'une seule branche sur le plat de la main, et il est bien permis d'en douter *à priori*.

Quand la tête est engagée dans le petit bassin, la manœuvre ordinaire est si simple et si prompte qu'il y a peu d avantage à y substituer quoi que ce soit. Quand la tête est encore au détroit supérieur ou au-dessus, un éprouve sans doute des difficultés, et parfois de très-grandes, à engager séparément les deux branches dans le col; mais a-t-on moins de peine à engager les deux branches à la fois? La manière même dont les cuillers se joignent dans le forceps de M. Bernard empêcherait de les introduire sans les avoir préalablement décroisées à un certain degré, et c'est ce qu'il fait en réalité dès le deuxième temps, de sorte que les cuillers, bien que marchant simultanément, pénètrent néanmoins sur les côtés de la tête par deux points distincts. Or, on ne voit pas comment on réussit mieux à pratiquer, dans un passage étroit, deux voies simultanément qu'à les pratiquer l'une après l'autre, en donnant aux tissus, s'il en est besoin, quelque répit entre les deux intromissions. Pour diriger la manœuvre, M. Bernard plonge une main dans le vagin pendant que l'autre dirige l'évolution des cuillers; c'est une complication qui n'est pas sans inconvénient chez les primipares, et dont l'application du forceps ordinaire s'affranchit souvent. Ajoutons cependant que dans les cas rapportés par M. Bernard, il en est dans lesquels il a terminé l'accouchement alors que le forceps ordinaire avait été vainement employé, et d'autres dans lesquels il a pu éviter la version, dont le danger pour l'enfant est assez connu. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, avril.)

Huiles et corps gras. (*De la faculté d'assimilation de ces substances*) Tous les corps, on le sait, ne possèdent pas au même degré la faculté d'être assimilés. Y a-t-il des règles qui régissent cette propriété assimilatrice? C'est ce que M. Berthé s'est proposé de rechercher. Les corps gras qu'il a soumis à l'expérimentation sont le beurre, les huiles d'amandes douces, d'œillette, d'olive, de baleine, l'huile de foie de morue, dite anglaise, l'huile de foie de morue lavée ou décolorée par les alcalis et le charbon, l'huile de foie de morue brune pure; toutes ces huiles furent successivement administrées à un même homme bien portant et soumis à un régime régulier, depuis la dose de 30 grammes jusqu'à 60 par jour. Par une détermination exacte de la quantité d'huile contenue chaque jour dans les fèces, M. Berthé est arrivé à reconnaître que la moyenne de jours nécessaire pour arriver à une saturation complète, c'est-à-dire au moment où la presque totalité du corps gras se retrouve dans les excréments, est de douze jours pour les huiles d'œillette, d'olive et d'amandes; d'un mois environ pour le beurre, les huiles de baleine, de foie de morue anglaise, décolorées ou lavées, et qu'enfin un mois d'administration d'huile de foie de morue bruno et pure est insuffisant puur qu'il suit possible de constater une augmentation apppéciable de matière grasse dans les excréments; d'où l'auteur conclut que les corps gras peuvent être divisés en trois classes basées sur leurs propriétés assimilatrices: 1° substances difficilement assimilables: huile d'œillette, d'olive, d'amandes douces, et probablement toutes les huiles végétales; 2° substances assimilables: beurre, huile de baleine, de morue blanche, lavée ou décolorée, et probablement toutes les graisses animales; 3° substance très-assimilable: huile de foie de morue brune pure. Ce résultat des expériences de M Berthé est confirmé par l'expérimentation clinique; ce sera donc pour les praticiens un nouveau motif d'insister sur l'emploi de l'huile de foie de morue brune pour les usages thérapeutiques, surtout dans les cas graves, où rien ne saurait être laissé au hasard. (*Compte rendu de l'Ac. des sciences*, mai.)

Iode et iodure de potassium. *De leur passage par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères* Tel est le titre d'un intéressant mémoire présenté à l'Académie par MM. Labourdette et Dumesnil. En voici un résumé succinct. L'iode et l'iodure de potassium, administrés à l'état de pureté, produisent rapidement des accidents qui forcent à en suspendre l'emploi. A titre de correc-

tifs ou d'adjuvants, le chlorure de sodium et le nitrate de potasse à haute dose, l'alun ou l'extrait de ratanhia, quand on veut obtenir un effet astringent; le sulfate de soude ou de magnésie, lorsqu'il s'agit d'obtenir un effet contraire; l'albumine fraîche mêlée au bol alimentaire, sont autant de moyens qui font, jusqu'à un certain point, tolérer les iodiques par l'économie animale. Néanmoins, M. Labourdette, par des expériences faites sur lui-même, a pu se convaincre des inconvénients qu'entraîne l'usage prolongé de l'iode et de l'iodure de potassium. Ayant essayé d'administrer ces substances à des vaches, dans le but d'obtenir un lait iodé, il a vu les animaux périr dans le marasme. Désireux, toutefois, d'arriver à un résultat qui promettait une importante ressource à la thérapeutique, il a étudié avec M. Dumesnil les conditions dans lesquelles l'iode et l'iodure mélangés au bol alimentaire sont le mieux supportés par les bêtes laitières. Après de nombreux essais, ces médecins sont arrivés à régler la dose de l'iode sur la quantité de lait sécrété en vingt-quatre heures : au-dessous de six litres, la solution iodurée était à 3 grammes seulement; on l'augmentait de 2 grammes par trois litres de lait fournis en plus. Assez souvent, les vaches (les chèvres sont moins difficiles) refusent la pitance additionnée de cette solution. Il faut les soumettre à un véritable entraînement. Quand l'iode leur est administré dans ces conditions, on observe d'abord que la sécrétion lactée augmente d'un cinquième ou d'un dixième (cela tient probablement au surcroît de pitance dont on accompagne la dose médicamenteuse); bientôt la sécrétion revient au degré antérieur et tend même à diminuer. Le lait ainsi obtenu ne saurait être assimilé au lait simplement additionné d'iode. Ses propriétés physiques sont notablement différentes; de même ses réactions avec le chlore, l'amidon, les sels de plomb, d'argent, de palladium. Il contient au maximum 257 milligrammes de composé iodique par litre; les 25/100es seulement du médicament sont éliminés par la sécrétion mammaire; l'urine, les fèces, renferment des quantités considérables d'iode. Quant aux effets thérapeutiques du lait médicamenteux dont il s'agit, ils sont des plus remarquables : sans action sur la peau et les membranes muqueuses, il exerce une action tonique et reconstituante dont les auteurs ont eu des preuves nombreuses et qui leur fait voir dans cette substance un excellent antiscrofuleux. Ce lait chloro-iodure, dit M. Labourdette en terminant, semble destiné à l'emporter sur le lait chloruré que M. Amédée Latour a employé avec quelque succès dans le traitement de la phthisie pulmonaire. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, avril.)

Péritonite *sur-aiguë consécutive à une hernie étranglée, traitée avec succès par la glace à haute dose.* On ne fait peut-être pas assez emploi de la glace *intus* et *extra* dans les inflammations aiguës de l'abdomen. Ce moyen paraîtrait cependant susceptible de fournir de bons résultats dans des cas graves, et en particulier dans la péritonite, surtout en l'associant à l'opium à haute dose. M. le docteur Ferrand, de Mer (Loir-et-Cher), rapporte le fait d'un homme de cinquante ans, qui, à la suite d'une opération de hernie crurale étranglée, fut pris, au huitième jour de l'opération, de coliques atroces avec ballonnement général du ventre et cris affreux, vomissements bilieux, fréquents, abondants et fétides, soif inextinguible, suppression complète des urines. M. Ferrand prescrivit d'abord une potion fortement opiacée, à prendre par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure, et de la glace dans la bouche pour toute boisson. Dès qu'à l'aide de l'opium et de la glace à l'intérieur il eut obtenu du calme, il couvrit tout le ventre de glace, de la manière suivante : il remplit à moitié quatre grandes vessies de glace concassée et il les appliqua sur l'abdomen de manière à le recouvrir dans toute son étendue. Ce traitement exclusif par la glace fut continué pendant cinq jours consécutifs avec la plus rigoureuse exactitude; sous son influence survint une amélioration rapide et vraiment inespérée; petit à petit, le ventre s'affaissa, les coliques se calmèrent, les vomissements devinrent plus rares, le pouls descendit graduellement de 96 à 65. Le sixième jour, la glace fut supprimée graduellement; mais on s'aperçut deux jours après que son usage prolongé avait rendu la langue douloureuse; elle était rouge, gonflée, et présentait à la pointe et sur les bords de petites ulcérations grisâtres et arrondies. Le pourtour de la plaie était tuméfié, endolori; espèce d'empâtement qui s'étendait du côté de la fosse iliaque. Le lendemain,

au moment du pansement, un flot de pus s'échappa de l'angle externe de la plaie, et par celle-ci de la fosse iliaque dont on le faisait sortir en comprimant l'abdomen. A partir de ce moment, l'amélioration marcha de plus en plus favorablement, et la guérison était complète dix jours après. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, avril.)

Plaie *pénétrante de l'abdomen* (*Bons effets de l'opium à haute dose dans un cas de*). Rien de plus facile à comprendre dans ses résultats, et par conséquent rien dont on devra davantage désirer la propagation, que la pratique qui consiste à traiter les plaies de l'abdomen comme la péritonite et comme la péritonite avec perforation, c'est-à-dire par l'opium à haute dose. De cette manière, on arrête le mouvement intestinal, pour s'opposer à l'agitation des malades, causée si souvent par la douleur; et en prévenant celle-ci, on s'oppose au développement des phénomènes qui empêchent la réparation de se faire, aux vomissements, par exemple. Une folle, âgée de cinquante et un ans, s'était faite, à 10 centimètres de l'ombilic, une plaie très-irrégulière, longue de 15 centimètres, et traversant de bas en haut et de dedans en dehors les régions hypogastriques et ombilicales. Le grand épiploon et le colon transverse faisaient saillie à travers cette plaie; ce dernier organe était divisé dans les 4/5 de sa circonférence. Il y avait un épanchement de sang dans la cavité péritoniale, mais nul épanchement de matières fécales, soit au dedans, soit au dehors. On pratiqua sur la plaie de l'intestin la suture en faufil, à l'aide d'une petite aiguille à coudre et d'un fil de soie, arrêtée à ses deux extrémités par un nœud; l'une de ses extrémités se trouvait en contact avec la surface muqueuse, et l'autre avec la surface séreuse de l'intestin, la suture ayant été faite alternativement de dedans en dehors pour l'une des lèvres de la plaie et de dehors en dedans pour l'autre. Les points de suture étaient distants entre eux et distants des lèvres de la plaie de 4 millimètres environ. On réunit par la suture en faufil la plaie du péritoine, qui était très-irrégulière; on lia l'artère épigastrique droite, et l'on réunit la plaie des téguments à l'aide d'une suture soutenue par des bourdonnets de charpie, des bandelettes et un bandage. Le traitement ultérieur consista surtout dans l'administration de l'opium à haute dose, combiné à l'abstinence absolue. Pendant cinq jours, la malade ne prit que de la glace; mais, dans le même espace de temps, elle prenait 1.90 gramme d'opium en poudre. On obtint ainsi le repos des intestins pendant neuf jours, au bout desquels, en raison du météorisme, on administra des lavements et de l'huile de ricin avec succès. La ligature de l'épigastrique tomba le treizième jour, celle du péritoine le quatorzième. Guérison parfaite le trente-troisième jour. (*The Lancet*.)

Tumeur *lacrymale et otite purulente consécutives aux fièvres éruptives; leur traitement*. Ces fièvres disposent les malades à des suppurations de forme diverse, les plus graves sont le catarrhe lacrymal et l'otite purulente; car le premier, après une certaine durée, amène la dilatation du sac et partant une tumeur lacrymale, tandis que la seconde, l'otite, si on la néglige, d'externe qu'elle était, devient interne : le tympan et les osselets sont détruits et l'ouïe est perdue sans retour. Voici le traitement que M. Trousseau adopte contre ces suites trop fréquentes qu'on est appelé à traiter à la fin des fièvres éruptives de nature scarlatineuse, morbilleuse, varioleuse.

Dans les cas de catarrhe lacrymal, on agit à la fois sur la muqueuse oculaire et celle des fosses nasales. On prescrit des lotions de l'œil avec une solution ainsi formulée :

Pr. Sulfate de cuivre.... 30 centigr.
Eau chaude .... 500 gramm.

On doit avoir soin, avant chacune des lotions, qui est répétée trois et quatre fois par jour, de faire vider le sac par des pressions répétées. Lorsque l'inflammation du sac est accompagnée d'excoriation du bord de la paupière, on y joint un peu de pommade au précipité rouge sur le bord ciliaire, suivant la méthode de Scarpa. Puis, dans le cours de la journée, on fait renifler trois ou quatre fois par jour de l'eau également très-chaude, tenant en dissolution quelques centigrammes de polysulfure, soit une cuillerée à café par bol, de la solution suivante :

Pr. Polysulfure de potassium.............. 2 gramm.
Eau distillée .... 300 gramm.

Quelquefois il est avantageux de remplacer ces injections nasales par l'aspiration de poudres mercurielles employées avec succès dans l'ozène, entre autres celle dont la formule suit :

Pr.	Précipité rouge.....	25 centigr.
	Précipité blanc......	30 centigr.
	Sucre blanc pulvérisé.	25 gramm.

Mélangez et porphyrisez. Cette poudre, conservée dans un flacon bien bouché, est prisée de la même manière que le tabac.

M. Trousseau assure être parvenu à l'aide de ces moyens à prévenir, dans un grand nombre de cas, la formation des fistules lacrymales.

Quant à l'otite, c'est encore aux préparations mercurielles que ce praticien distingué confie le soin de modifier l'état catarrhal du conduit auditif externe. On débute par faire, pendant quelques jours, des injections avec de l'eau de goudron ; puis on fait porter matin et soir, dans le conduit auditif, un pinceau chargé du liniment suivant :

Pr.	Précipité blanc.....	50 centigr.
	Précipité rouge.....	50 centigr.
	Huile d'olives..... .	4 gramm.
	Axonge.............	2 gramm.

Si cette préparation est insuffisante, on lui substitue les solutions de sulfate de cuivre, puis de nitrate d'argent On seconde l'action de ces moyens locaux par l'usage du quiquina à l'intérieur et des bains sulfureux ainsi formulés :

Pr.	Sulfure de potassium solide.............	30 gramm.
	Eau commune......	300 gramm.

que l'on ajoute à l'eau du grand bain au moment de le prendre L'on doit bien se garder, suivant M. Trousseau, de recourir, dans ces cas, à l'application banale des vésicatoires permanents, moyen douloureux qui ne fait qu'ajouter à l'affaiblissement du malade et donner plus de développement à la diathèse purulente. (*Journ. de méd. pratique*, mai.)

Végétations (*des*) *qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse.* Depuis quelques années, l'attention a été appelée sur les végétations qui se développent sur les parties génitales pendant la grossesse, non pas que ces végétations aient le moindre inconvénient ou le moindre danger pour les femmes enceintes, mais bien parce qu'elles peuvent être confondues avec les véritables végétations syphilitiques et donner lieu à des erreurs de diagnostic aussi fâcheuses pour le médecin que pour les malades. Ces végétations sont en effet un accident purement local de la grossesse et ne réclament par suite, au moins en général, aucun traitement actif, encore moins de traitement antisyphilitique. La grossesse terminée, elles disparaissent. C'est pour cela que nous ne pouvons approuver le précepte donné par M. Thibierge de tenter toujours la guérison par les moyens locaux, surtout quand il s'agit d'employer l'azotate acide de mercure ou l'acide acétique qui causent aux malades des douleurs qu'il faut leur éviter, d'autant plus que le succès de ces moyens n'est rien moins que certain. C'est seulement lorsque les végétations sont très-volumineuses ; qu'un peut employer, soit l'excision et le broiement, en cautérisant, bien entendu, la base de la végétation avec le nitrate d'argent ou un acide quelconque, soit la ligature, si des végétations volumineuses sont pédiculées. (*Arch. de méd.*, mai.)

VARIÉTÉS.

Une leçon sur la vision binoculaire à l'Ecole de médecine de Lyon, par J. Falvre.

Il y a déjà quelque temps que, pendant les vacances qui précédaient l'ouverture du cours d'été de clinique chirurgicale, quelques auditeurs que le hasard avait rassemblés eurent le plaisir d'entendre M le docteur Serre, sur l'invitation de M. le professeur Bouchacourt. Le praticien d'Alais développa devant cet auditoire improvisé la théorie de la vision binoculaire simple et double, et les conséquences qui en découlent relativement à l'appréciation des distances comparatives, et conséquemment du relief. Plus heureux que la Société de médecine, devant laquelle M. Serre devait exposer les mêmes faits dans la soirée, les auditeurs avaient sous les yeux un tableau à l'aide duquel il fut facile à ceux qui n'étaient pas novices en optique et en physiologie, et surtout à ceux

qui connaissaient la théorie des phosphènes, de suivre et de saisir l'orateur dans ses développements les plus ardus.

Pour comprendre les expériences de M. Serre, et les théories qui en découlent, il faut renoncer d'une manière absolue à considérer l'acte visuel comme un fait d'ordre purement physique, interprété par un acte intellectuel. Il faut reconnaître entre ces deux extrêmes, tous les deux également incontestables, un acte physiologique, vital, qui est d'un ordre plus élevé que le fait physique dont il conserve les allures, moins élevé que le fait intellectuel dont il prépare les conclusions. Il n'y a là rien qui puisse étonner un esprit véritablement versé dans l'étude de la physiologie générale; M. Serre réclame pour la fonction oculaire le bénéfice d'une loi presque universellement admise aujourd'hui, dès qu'il s'agit des autres fonctions de l'organisme vivant.

J'ai dit que les phénomènes physiologiques de la vision conservaient les allures des phénomènes physiques. M. Serre l'établit avec une merveilleuse précision, en expérimentant avec des miroirs, comme procédé analytique Partons avec lui de la double série de faits que je place ci-dessous en regard, comme ayant entre eux la plus grande analogie.

Traits physiques.	*Traits physiologiques.*
I. Les images réfléchies dans le même plan par deux miroirs disposés d'une manière convergente se superposent et n'en forment qu'une, lorsqu'un écran intercepte leur marche au lieu de leur croisement.	Lorsque les deux axes optiques convergent vers un objet, cet objet paraît simple.
II. L'interposition de l'écran, par delà leur intersection, donne lieu à la formation de deux images croisées; celle de gauche est projetée par le miroir de droite, et celle de droite par le miroir de gauche.	Dans cette disposition des axes, un autre objet situé plus près donne naissance à deux images croisées; celle de gauche est perçue par l'œil droit, et celle de droite est perçue par l'œil gauche.
III. Si l'écran surprend les images avant le lieu de leur entre-croisement, on en remarque une à droite, émise par le miroir de droite, et une à gauche, émise par le miroir de gauche.	Si les axes optiques convergent sur l'objet le plus rapproché, celui-ci est vu simple, et le plus éloigné est vu double. L'image située à droite est vue par l'œil droit, et celle de gauche, par l'œil gauche.

Physiques et physiologiques, ces phénomènes sont indiscutables.

Donc, de même que le miroir réfléchit la lumière, l'œil reporte au dehors de lui-même l'impression visuelle; donc, de même que la réflexion du miroir s'opère dans une direction déterminée, la vision se projette au dehors dans une direction déterminée; donc enfin, de même que le rayon réfléchi est arrêté dans sa direction par l'écran limitateur, de même aussi la vue en dehors est arrêtée dans sa direction à travers l'espace par un rideau invisible auquel M. Serre donne le nom de rideau physiologique. A la réflexion, à la direction, à la limitation, propriétés physiques, correspondent l'extériorité, la direction et la limitation, facultés physiologiques.

Rien de plus facile que de fournir les preuves de ces trois facultés de l'œil vivant.

Si avec un corps dur on touche l'œil en dehors de la cornée, celui-ci perçoit une image lumineuse. Où la voit-il? Au point excité? Point du tout; il la voit au côté opposé et hors de l'œil. Donc la faculté de l'extériorité est bien réelle.

Si, au moyen d'un appareil fort simple, dont on trouvera la description dans l'Essai sur les phosphènes, on tire une ligne droite entre les points de

la rétine tactilement excités par la compression méthodique de la rétine, et le centre des images phosphéniennes correspondantes, on trouve que ces lignes passent toutes par le centre du cristallin. Donc la faculté directrice des rayons visuels reportés à l'extérieur existe réellement.

Si, en piquant deux épingles à distance l'une de l'autre sur une règle, on fixe la plus éloignée, la double image de la plus rapprochée s'éloigne, se place à côté de la précédente, au lieu de se projeter à l'infini dans l'espace. Donc le rideau physiologique n'est pas une abstraction intellectuelle, et l'œil possède bien réellement la faculté de limiter le rayon visuel qu'il dirige à l'extérieur.

De l'exercice de ces trois facultés découlent rigoureusement les deux faits suivants :

1° La réduction du monde visible à un plan unique et sensoriel. En effet, ce qui s'est passé dans l'expérience des deux épingles nous a fait voir la double image la plus rapprochée des yeux, se reportant en arrière sur la même ligne que la plus éloignée; si, au contraire, nous fixons la plus rapprochée, la double image de la plus éloignée se rapproche au point de paraître sur la même ligne que la première; or, ce qui se passe en petit dans notre expérience se passe évidemment en grand dans l'exercice instinctif de la fonction; donc le monde visible se réduit bien réellement devant nos yeux à une surface unique qui se constitue au point où convergent les axes visuels.

L'examen de la forme de cette surface serait déplacé par sa longueur dans cette analyse; qu'il me suffise de dire que c'est une section de tore engendrée par une demi-révolution de la ligne horoptérique sur son grand diamètre.

2° Le deuxième fait qui découle des prémisses posées plus haut est la fixation de la distance relative du rideau physiologique. Les axes visuels constituant le rideau physiologique au point où ils s'entre-croisent, ce point peut évidemment reculer jusqu'à ce que les deux axes soient parallèles dans le même plan. Comment apprécier la distance où s'opère cet entre-croisement? Rien de plus simple: la ligne qui sépare le centre des deux cristallins est une base dont chacun a la conscience instinctive, s'il est permis d'allier ces deux mots, et les axes visuels forment sur cette base deux angles d'autant plus appréciables qu'ils sont moins ouverts par la distance où s'opère l'entre-croisement; or, étant donnés la base et les deux angles d'un triangle, il est facile de calculer la distance où le troisième angle est constitué par la rencontre des deux côtés; donc les yeux jugent de la distance du point où convergent leurs axes visuels par une opération de trigonométrie physiologique, et, par conséquent, instinctive.

Cela étant posé, on aborde sans difficulté le problème des distances comparatives. En effet, nous savons que si le rideau physiologique étant constitué par l'entre-croisement des axes visuels sur un point déterminé, des objets plus rapprochés ou plus éloignés frappent la rétine, leurs images s'éloignent ou se rapprochent pour se peindre sur le rideau en question; or, de deux choses l'une : ou bien les deux images sont entre-croisées, ou bien elles ne le sont pas; dans le premier cas, les yeux tranchant la question par une opération instinctive, dont nous connaissons expérimentalement la faculté, jugent que l'image double entre-croisée appartient aux objets placés entre lui et le point de convergence des axes visuels; dans le second cas, par une opération analogue, ils jugent que la double image non croisée est celle des objets situés au delà de l'intersection des axes visuels.

Au point où il en est, la question du relief, pour M. Serre, n'est plus qu'un jeu. Essayons de l'analyser en peu de mots.

Evidemment il faut, dans l'appréciation du relief, faire la part de la perspective et des ombres. Car si nous prouvons, comme on va le voir, que son appréciation repose sur un acte synergique des deux yeux, nous arriverions, si la perspective et les ombres ne donnaient pas la notion du relief, à la conclusion évidemment fausse que les borgnes ne peuvent pas en juger.

Supposons donc, avec M. Serre, une section de cône, et figurons-la matériellement par le procédé le plus simple : deux cercles de fil de fer inégaux, et tenus parallèlement à distance par une tige de longueur peu considérable. Ce petit appareil ressemblera assez bien au porte-capuchon dont on couvre les lampes. Plaçons-le dans un milieu très-éclairé, de manière à ce que les cercles, verticalement placés, paraissent l'un dans l'autre, le grand ou le petit en avant, peu importe.

Quel est le plus rapproché? Il n'y a là ni perspective ni ombre, et cependant les yeux ne se tromperont pas. S'ils fixent le cercle du fond, celui de devant se reculera au même niveau et paraîtra double et croisé ; s'ils fixent celui de devant, le cercle du fond se rapprochera et paraîtra double, mais non croisé. En un instant, l'instinct visuel aura fait le calcul que notre intelligence vient d'effectuer, et l'esprit jugera d'après ce calcul auquel il est étranger. Fermez un œil, et si vous ne connaissez pas d'avance la position respective des cercles, il vous sera radicalement impossible de juger de leur distance relative.

Ce qui est vrai pour une section de cône l'est évidemment aussi pour une autre forme, quelle qu'elle soit, d'où il résulte que l'appréciation du relief, en dehors de la perspective et des ombres, réside tout entière dans la vision simple ou double des objets et des points qui constituent leur surface.

Partant de ces données, M. Serre aborde en face l'explication du stéréoscope, cet instrument magique dont personne jusqu'à présent ne s'est rendu un compte bien exact, pas même Wheatstone, son illustre inventeur ; cela soit dit sans rien rabattre de sa gloire et de son génie. Pour le suivre dans cette nouvelle voie, il est indispensable d'avoir sous les yeux des figures géométriques ; je n'essayerai donc pas de rendre compte de cette partie de la leçon. Aussi bien il ne lui a accordé lui-même devant nous que bien peu de développements, et ce n'est qu'en étudiant son mémoire qu'il nous a été permis de saisir parfaitement l'explication complétement satisfaisante qu'il en donne. Je laisse également de côté toutes les discussions relatives aux vieilles théories, telles que celle des points identiques, par exemple ; M. Serre en démontre victorieusement l'insuffisance. Je termine par une courte appréciation de l'ensemble de ses travaux.

Tout le monde connaissait les phosphènes avant M. Serre ; personne ne les avait étudiés. La physiologie expérimentale, qui envahit à bon droit la science des êtres vivants, avait scruté toutes les fonctions de ces êtres, sauf la vision, qui seule restait dans le domaine d'une physique insuffisante et de calculs incompréhensibles.

M. Serre comprend cette insuffisance, il voit l'impossibilité d'expérimenter sur l'animal, il reconnait qu'il faut opérer sur l'homme. Seul, isolé des centres scientifiques, il se met courageusement à l'œuvre, il approfondit le phénomène fugitif auquel personne ne prend garde; et après quelques années de laborieuses investigations, il jette dans le monde savant un véritable traité de physiologie expérimentale de la vision; sous le titre modeste d'*Essai sur les phosphènes*, qu'il complète ensuite par les recherches dont je viens d'écourter l'analyse.

M. Serre a bien mérité de la science ; on le reconnaîtra de plus en plus avec

le temps. Si ses travaux ne sont pas encore devenus classiques en physiologie, cela tient à deux causes : la première est que les bonnes choses, les œuvres solides se font et progressent lentement. Il est réservé à la pacotille industrielle et scientifique d'envahir rapidement le monde; mais son succès est éphémère. Aux grandes conceptions est réservé l'avenir ! ‘..5

La seconde cause de la lenteur avec laquelle les nouvelles idées physiologiques du savant praticien d'Alais pénètrent dans le courant scientifique réside dans leur origine. Paris tient le haut bout; or, en fait de commerce, scientifiquo ou autre, Paris aime l'exportation et montre peu de goût pour l'importation. Tant pis pour M. Serre s'il a du génie en province.

— Le peu d'espace dont nous disposons pour nos articles bibliographiques nous ont mis en retard avec notre correspondant d'Alais à l'égard de son nouveau mémoire sur la vision binoculaire. Nous avons cru ne pouvoir mieux faire que d'emprunter à la Gazette médicale do Lyon le compte rendu de la leçon dans laquelle notre savant confrère d'Alais avait exposé sa théorie. Toutefois, c'est moins encore pour alléger notre tâche de bibliographe que nous avons publié l'article de M. Faivre que pour avoir l'occasion de protester contre le sentiment d'injustice que notre confrère de Lyon prête au corps médical de Paris. Si M. Faivre avait été témoin, comme nous, du brillant accueil fait il y a deux ans à M. Serre, lorsque ce sagace confrère est venu exposer, devant l'Académie de médecine et la Société de chirurgie, ses études sur les phosphènes et leurs applications diagnostiques, M. Faivre n'eût pas écrit les dernières lignes de son article. Nous ne prenons d'autre juge de la justesse de notre protestation que M. Serre lui-même, car l'accueil si sympathique qu'il recevait encore, il y a huit jours, de ses collègues de l'Académie et de la Société de chirurgie, lui ont prouvé une fois de plus que les hommes de valeur réelle, d'où qu'ils soient, étaient toujours les bien-venus.

Lo corps médical de Paris vient de subir une nouvelle et regrettable perte dans la personne de M. Amussat. Ses travaux scientifiques sont trop présents à l'esprit de tous, pour que nous ayons besoin de les rappeler. Ce qu'on connaissait moins, ce sont les qualités non moins précieuses de ce cœur généreux. Nous en empruntons une preuve au discours prononcé au nom de l'Académie par M. Larrey : « En 1831, la veuve d'un médecin des plus honorables se trouve réduite à l'indigence ; elle ose à peine implorer la compassion des confrères de son mari ; elle s'adresse cependant à M. Amussat, qui la sauve d'abord de la misère et conçoit aussitôt l'idée de fonder une association de secours entre les médecins. Il en réunit quelques-uns en conférence et leur fait adopter sans peine son projet. Des statuts constituent définitivement l'association, qui prend le titre de *Société de prévoyance*. Elle dura deux ans, et le bien qu'elle a pu faire en si peu de temps indiquait tout ce qu'on pouvait attendre d'une institution plus largement établie et officiellement autorisée. L'illustre doyen de la Faculté accomplit cette œuvre, qu'il a si bien dirigée pendant le reste de sa vie; mais n'oublions pas que la fondation d'Orfila est une œuvre inspirée par l'heureuse initiative d'Amussat ». Ce fait trop peu connu méritait d'être rappelé. Amussat avait cinquante-neuf ans; il a eu la douleur de quitter son vénérable père, âgé de quatre-vingt-dix ans, qu'il entourait des soins les plus attentifs; mais cette tâche sera remplie fidèlement par son fils, qui n'a pas hérité seulement de ses brillantes qualités, mais encore de son excellent cœur.

La Société d'hydrologie médicale de Paris met au concours la question suivante : « Des vapeurs qui proviennent des eaux minérales ou qui en sont obtenues artificiellement, au point de vue chimique et thérapeutique, et du mode d'installation des appareils et des salles d'inhalation. » Le prix sera de la valeur de 500 francs.—Les mémoires, écrits en français ou en toute autre langue, seront adressés, sous la forme académique, c'est-à-dire accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur, avant le 31 décembre 1857, au siége de la Société, quai Malaquais, 3.

QUESTIONS MISES A L'ÉTUDE POUR LA SESSION DE 1856-1857.

Première question. — « Examen critique des diverses méthodes et procédés d'analyses chimiques appliqués à l'étude des eaux minérales. Essai d'une classification chimique des eaux minérales. » En mettant ce sujet d'étude à son ordre du jour, la Société d'hydrologie désire provoquer une discussion approfondie sur plusieurs questions encore controversées, et aussi une comparaison entre les nombreux moyens employés jusqu'ici pour arriver à la détermination de la constitution chimique des eaux minérales. Pour atteindre ce but, il conviendrait d'examiner séparément : 1° la valeur, les avantages et les inconvénients des diverses méthodes générales d'analyse; étant considéré comme méthode générale, un ensemble de procédés, solidaires les uns des autres, conduisant à la séparation et au dosage de chacun des principes solides ou gazeux contenus dans une eau minérale; 2° la valeur et le degré d'exactitude des procédés particuliers suivis dans la détermination qualitative ou quantitative de certains principes plus ordinairement recherchés dans les eaux, à cause de leurs propriétés thérapeutiques particulières; 3° la valeur scientifique des inductions ou déductions théoriques, sur lesquelles on s'est appuyé pour établir la composition saline des eaux, d'où ressort conséquemment la question suivante : la classification chimique des eaux minérales est-elle actuellement possible?

Deuxième question. — « Origine et nature des champignons qui se développent dans les galeries que parcourent les eaux thermales et principalement les eaux sulfureuses. »

Troisième question. — « Du traitement des maladies syphilitiques par les eaux minérales. »

Quatrième question, — « Les eaux sulfureuses, ferrugineuses, alcalines possèdent-elles des propriétés curatives autres que celles du soufre, du fer, du bicarbonate de soude? »

Cinquième question. — « Traitement du rhumatisme par les eaux minérales. »

Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'hospice de la Charité s'ouvrira le 1er décembre 1856. Le programme de ce concours est une nouvelle sanction du règlement de 1848, sous l'empire duquel les concours de 1849 et de 1854 pour le majorat de l'Hôtel-Dieu ont déjà eu lieu. Il contient, comme corollaires, deux clauses nouvelles : la première, c'est que le nouvel élu fera son aide-majorat à la Charité; la seconde, c'est qu'outre ce service permanent il pourra être appelé à suppléer momentanément, sur la réquisition de l'administration, les chirurgiens des autres hôpitaux. Ces modifications, qui ont eu pour but de mettre plus d'unité dans le service, n'atténuent en rien le prestige de la place de chirurgien en chef de l'hospice de la Charité, comme le prouveront surabondamment le nombre et le mérite des candidats qui aspirent à la disputer.

Deux concours seront ouverts successivement à l'Hôtel-Dieu de Marseille : le premier, pour une place de médecin agrégé, le lundi 3 novembre 1856, à trois heures; le deuxième, pour une place de chirurgien agrégé, le lundi 17 novembre 1856, à la même heure. Ces concours auront lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical.

Epreuves du premier concours : Médecine. — 1° Question d'anatomie et de physiologie avec ses applications à la pathologie; 2° question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques et thérapeutiques qu'elle comporte; 3° examen clinique de trois malades atteints de maladies internes. La question d'anatomie et de physiologie sera traitée oralement, après une heure de préparation, à huis clos et sans livres. Les concurrents auront cinq heures pour traiter par écrit, à huis clos et sans livres, la question de pathologie médicale. L'examen des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure. Après l'interrogation, les candidats auront vingt minutes pour donner leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic, et les indications thérapeutiques ressortissant à deux des malades examinés à leur choix ; le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite, ou d'un mémoire à consulter, pour la composition duquel il sera accordé une heure.

Épreuves du deuxième concours : Chirurgie. — 1° Question d'anatomie et de physiologie avec les applications et considérations chirurgicales et obstétricales qui en ressortent; 2° Question de pathologie chirurgicale ou d'obstétrique, avec les indications thérapeutiques ou de médecine opératoire qui en ressortent ; 3° Examen clinique de trois malades atteints d'affections chirurgicales; 4° Deux opérations de grande chirurgie à pratiquer sur le cadavre (amputations, ligatures d'artères, autoplastie, etc.). La première question sera traitée oralement, après une heure de préparation, à huis clos et sans livres. Les concurrents auront cinq heures pour traiter, par écrit, à huis clos et sans livres, la deuxième question. L'examen clinique des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure. Après l'interrogation, les concurrents auront vingt minutes pour donner leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ressortissant à deux des malades examinés, à leur choix. Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite, ou d'un mémoire à consulter, pour la composition duquel il sera accordé une heure. Les candidats auront vingt minutes pour pratiquer les deux opérations de chirurgie. Après le rapport du jury d'examen, la Commission administrative nommera les médecin et chirurgien, agrégés.

Les médecins et chirurgiens agrégés forment le premier degré du corps médical des hôpitaux ; ils sont appelés à succéder aux médecins et chirurgiens-adjoints de l'Hôtel-Dieu, aux médecins et chirurgiens de la Charité, et aux médecins et chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu, suivant le rang de leur nomination et conformément aux dispositions réglementaires de la délibération de la Commission administrative en date du 23 février 1856, approuvée par M. le préfet, le 14 mars suivant. Les candidats pourront prendre connaissance de cette délibération, avant les concours, au bureau de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu.

Les candidats devront se faire inscrire, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de la Commission administrative, à l'Hôtel-Dieu. Ils auront à produire : 1° leur diplôme de docteur, délivré par l'une des trois Facultés de médecine en France; 2° un certificat de moralité, récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des pneumonies anomales et de leur traitement.

Par le professeur FORGET, de Strasbourg.

Suite (1).

ARTICLE II. *Pneumonies anomales par variétés de symptômes.* — L'histoire des pneumonies anomales par variabilité des symptômes locaux et fonctionnels, quoique moins importante que celle des précédentes, au point de vue des doctrines, n'offre pas moins d'intérêt aux praticiens, et, j'ose le dire, un intérêt plus vif, plus réel, car il s'agit ici de phénomènes positifs d'où découlent des indications claires et rationnelles.

J'ai déjà dit que la plupart des anomalies de la classe précédente rentraient, à notre avis, dans celles-ci; car si l'on fait abstraction des idées théoriques instituées sur leur causalité, il reste, comme substratum évident, une symptomatologie variable mais réelle, sur laquelle, dans notre ignorance des causes primordiales, il serait sage et prudent de se baser pour l'application de nos procédés curatifs. Mais en dehors de ces essentialités litigieuses, il est un groupe d'anomalies basées sur les modifications que peuvent éprouver les éléments constitutifs de la pneumonie simple ou normale. Sous ce rapport, on peut admettre autant d'anomalies qu'il y a de variations possibles dans chacun des symptômes de la maladie. Nous nous bornerons aux principales, en commençant par les symptômes locaux.

Pneumonie pleurodynique. — Une des premières manifestations de la pneumonie, c'est la douleur, le point de côté, la pleurodynie. Cette douleur peut manquer: c'est ce qui arrive, dit-on, lorsque la pneumonie est centrale, car on attribue cette douleur à la propagation de l'inflammation, soit à la plèvre, soit aux nerfs intercostaux. Cette anomalie négative étant en faveur du malade, sinon de l'observateur, qu'elle prive d'un précieux moyen de diagnostic, nous n'en parlerons pas. Dans d'autres circonstances, au contraire, cette douleur manifeste une violence insolite, cause une vive anxiété, coupe la respiration et arrache des cris au malade. C'est alors que surgissent des indications spéciales. Dans tout état de cause, la douleur, telle quelle, réclame l'emploi des saignées locales, des topiques ano-

(1) Voir le numéro du 15 mai, p. 385.

dins, et plus tard, lorsqu'elle persiste, l'application des vésicatoires. Mais lorsqu'elle est extrême, aux moyens précédents il convient de joindre l'emploi des opiacés à l'extérieur (cataplasmes laudanisés, morphine par endermie, etc.), et même l'opium ou la morphine à l'intérieur, jusqu'à sédation. J'ai démontré ailleurs que l'opium, administré au début des phlegmasies, peut enrayer celles-ci, en supprimant le stimulus, l'élément douleur. On peut, dans le même but, employer le chloroforme, mais il faut se défier de ses effets primitivement stimulants : tout cela sans préjudice du traitement fondamental.

Pneumonie quinteuse. — La toux est ordinairement modérée dans la pneumonie simple ; mais soit par exception, soit qu'il y ait complication de bronchite, la toux peut être vive ; et comme, ainsi que la douleur, elle peut fomenter, activer l'inflammation, il importe de la modérer. L'opium se présente encore ici comme le remède par excellence. 5 centigrammes d'extrait ou un 1/2 centigramme de sel de morphine, répétés selon l'occurrence, suffisent ordinairement à cet effet. Ici se présente l'objection des effets congestionnels de l'opium. Les craintes des praticiens à cet égard sont au moins exagérées, et d'ailleurs, le bénéfice l'emporte ici sur le dommage ; c'est toujours la même balance à établir entre les éléments.

Pneumonie sèche. — Nous désignons ainsi la pneumonie avec absence de crachats. Cette anomalie inquiète beaucoup les praticiens humoristes, qui pensent avec Sydenham que les crachats sont la crise de la pneumonie. Il s'agit d'abord de distinguer les cas où la *sécheresse* est réelle de ceux où elle n'est qu'apparente. Elle n'est qu'apparente chez les enfants et beaucoup d'adultes, qui avalent leurs crachats, chez les malades débilités ou à la période ultime, qui n'ont pas la force d'expectorer ; alors existent de gros râles bronchiques, trachéaux, la dyspnée, la cyanose, bref, l'imminence de l'asphyxie. C'est alors aussi qu'il convient d'agir par les expectorants. Le meilleur de tous est celui qui remédie à la pneumonie elle-même, le tartre stibié, soit comme vomitif, soit à haute dose. Que si vous n'osez appliquer ce remède énergique, employez, je le veux bien, le kermès, le soufre doré, le sel ammoniac, l'oxymel scillitique, le polygala, associés aux révulsifs cutanés, voire même aux purgatifs ; mais sachez que ce sont là des moyens bien peu fidèles.

Lorsque les crachats rouillés se nettoient et se suppriment sous l'influence du traitement, il n'y a qu'à s'en féliciter. Souvent il

arrive que les crachats se suppriment du jour au lendemain, par l'emploi du tartre stibié. Il n'y a pas non plus à s'en inquiéter. Enfin, la pneumonie peut être sèche dès le début ; peu importe encore, si tout va bien, s'il n'y a pas de dyspnée, de râles abondants, si la sécheresse est réelle. En somme, le meilleur moyen de régulariser, de rappeler les crachats et même de se passer d'eux, c'est de combattre régulièrement et vigoureusement la pneumonie elle-même. Au lieu de considérer les crachats rouillés ou muqueux comme une crise, nous sommes heureux de les voir disparaître, si, d'ailleurs, le malade ne périclite pas.

La *pneumonie muqueuse* ou *pituiteuse* est l'inverse de la précédente. La bronchorrée indique une complication de bronchite fluente, et nous renvoie à la pneumonie catarrhale esquissée précédemment. Nous insisterons ici sur le traitement de ces flux muqueux. Tant que la pneumonie persiste à l'état aigu, c'est elle qu'il faut combattre, et avec elle disparaît ordinairement la sécrétion exagérée. Si celle-ci persiste, les antimoniaux, l'opium, les révulsifs sont indiqués ; les astringents, tels que l'acétate de plomb, le ratanhia, les balsamiques : baume de Tolu, goudron, térébenthine, etc., peuvent être indiqués ; mais nous entrons dans l'histoire de la bronchite. Nous avons dit plus haut ce qu'il faut faire lorsqu'il y a rétention des crachats.

Pneumonie hémoptoïque. — Les crachats normaux de la pneumonie sont constitués par du mucus visqueux intimement imprégné d'une quantité de sang plus ou moins considérable, ce qui constitue les crachats jaunes (dits bilieux), verts, sucre d'orge, rouillés, etc. Mais dans certains cas les crachats, plus ou moins abondants, sont constitués par du sang pur (hémoptysie). Une grande difficulté du diagnostic consiste à déterminer si ce sang est un produit direct de la pneumonie, ou s'il ne provient pas d'une complication tuberculeuse. La première supposition établie, il n'y a pas trop à se préoccuper de cet accident. Les partisans de la crise pourraient même y voir une circonstance favorable. Traitez la pneumonie comme à l'ordinaire ; peut-être serait-ce ici le cas d'insister davantage sur les saignées et de recourir plus tôt à l'emploi des révulsifs, l'hémoptysie ne tardera pas à céder. Que si elle persistait en même temps que la pneumonie, on pourrait risquer quelques astringents (acétate de plomb, eau de Rabel ou élixir acide de Haller). Si elle survit à la pneumonie, ce qui n'aura guère lieu si celle-ci en est la seule cause, nous entrons dans l'histoire de l'hémoptysie proprement dite.

C'est conformément à ces principes que nous avons traité et guéri, comme pneumonie simple, une pneumonie hémoptoïque, où l'hémorrhagie, du reste modérée, n'a duré que vingt-quatre heures, sous l'influence de la saignée et du tartre stibié. (*Epidémie de pneumonie.*)

Pneumonie dyspnéique. — L'élément dyspnée est un des plus redoutables de la pneumonie. Lorsqu'elle arrive au degré de l'orthopnée, la vie est prochainement menacée. Son intensité peut tenir à plusieurs causes; déjà nous en avons signalé deux : la violence de la douleur et l'engouement des bronches. Une troisième cause est la gravité, c'est-à-dire l'acuité, et surtout l'étendue de la phlegmasie, telle que l'envahissement total d'un poumon ou partiel des deux poumons. Nous savons ce qu'il faut faire dans les deux premiers cas. Dans le troisième, il va de soi qu'il s'agit de combattre vigoureusement la phlegmasie au moyen de la saignée répétée *pro ratione virium*, par le tartre stibié à haute dose administré concurremment, et par les révulsifs appliqués de bonne heure. En dehors de cette trilogie, il n'existe que des moyens impuissants.

Une quatrième cause, bien moins grave que les précédentes, est la diathèse névropathique, hystérique, qui s'observe surtout chez les femmes nerveuses, et qui produit parfois une dyspnée hors de proportion avec les lésions réelles; celle-ci réclame l'emploi des sédatifs et notamment de l'opium.

Passant aux symptômes généraux, nous trouvons la fièvre, qui peut varier par excès ou par défaut.

Pneumonie fébrile. — La fièvre est le symptôme presque constant de la pneumonie, où elle est ordinairement assez intense et en rapport avec la gravité même de la phlegmasie. Pour qu'il y ait anomalie sur ce point, il faut donc que la fièvre atteigne des proportions extraordinaires, quant à la fréquence et à la force du pouls, à la chaleur de la peau, etc., ce qui dénote généralement, une affection très-grave, mais ce qui peut tenir aussi à l'idiosyncrasie, à la mobilité circulatoire du sujet; c'est ce que pourra révéler l'auscultation, et ce qu'il importe de distinguer. Dans le premier cas, on proportionnera le traitement de la phlegmasie à la force de la réaction; dans le second, on se montrera plus circonspect et l'on pourra user de quelques moyens anormaux, tels que la digitale et autres sédatifs. Si la fièvre survivait à la pneumonie, il faudrait suspecter quelque complication et porter surtout son attention du côté du cœur.

Pneumonie apyrétique.—Les partisans de la *fièvre pneumonique*, c'est-à-dire de la fièvre comme cause et non comme effet de la phleg-

masie, ont compté sans l'anomalie dont il s'agit ici. Toute rare qu'elle est, la pneumonie apyrétique primitive a été observée par tous les praticiens un peu répandus. Nous l'avons vue maintes fois arriver dans les hôpitaux, sous la rubrique d'une autre maladie ou sous son nom propre, et sa constatation nous a fourni l'occasion de certaines considérations doctrinales que nous ne pouvons exposer ici. Généralement, il faut le dire, les pneumonies sans fièvre sont peu graves et faciles à conjurer. Il n'en faut pas moins les combattre par les moyens appropriés, sauf à se modérer sur l'article de la saignée.

Mais si la pneumonie apyrétique primitive est assez rare, il n'en est pas de même de cette pneumonie qui survient chez les sujets débilités par une autre maladie. La pneumonie *ultime*, comme nous le verrons, se produit souvent dans le silence des sympathies, dans le calme du pouls, et, sous le rapport théorique, cette pneumonie sans fièvre n'est pas moins significative que la première. Avis aux gens qui ne voient les faits que de profil.

C'est ici le lieu de rappeler les pneumonies adynamique et ataxique, dont nous avons traité précédemment, en tant qu'elles consistent dans une anomalie des forces et de l'innervation.

Les formes suivantes sont relatives à la marche de la maladie, marche qui relève de la symptomatologie, en tant qu'elle est constituée par l'évolution des symptômes.

Pneumonie rapide. — La pneumonie, celle qui guérit comme celle qui tue, parcourt ordinairement ses périodes dans l'espace d'un à deux septenaires; mais en deçà et surtout au delà, cette durée peut offrir bien des variations. La pneumonie du premier degré (engouement, râle crépitant) passe presque toujours au second, avant de se résoudre; cependant nous avons vu quelquefois la pneumonie enlevée, jugulée, comme on dit, au premier degré, et ne pas durer plus de deux ou trois jours. Le premier degré passe assez rapidement au second, mais au moins lui faut-il ordinairement deux ou trois jours pour cela; or, nous avons vu, dans notre dernière épidémie, une pneumonie constituée au deuxième degré et mortelle en vingt-huit heures. Le troisième degré (suppuration) n'arrive guère que dans le cours ou à la fin du second septenaire; or, nous avons vu, dans cette même épidémie, la fonte purulente s'effectuer en moins de quatre jours. Voilà des anomalies inexplicables le plus souvent, et j'ajouterai indépendantes de tel ou tel mode de traitement, car il est presque toujours impossible de les prévoir, et elles se rencontrent dans l'ordre sporadique aussi bien que dans l'état épidémique.

Pneumonie lente. — Nous distinguons la pneumonie lente de la pneumonie chronique, bien que ces mots soient à peu près synonymes, parce que l'usage a consacré le titre de chronique à la pneumonie caractérisée par certains aspects anatomiques dont il sera question ultérieurement. La pneumonie lente, au contraire, est celle qui conserve longtemps les caractères anatomiques de l'acuité, et qui se termine souvent par la guérison.

Le premier degré de la pneumonie (râle crépitant) passe, d'ordinaire, assez rapidement au second degré (souffle tubaire); néanmoins, dans un cas, nous avons vu ce premier degré persister pendant un septenaire et se résoudre sans passer au second.

Le second degré passe assez fréquemment au troisième (suppuration), à partir du deuxième septenaire; mais, dans bon nombre de cas, on le voit se prolonger beaucoup au delà et le malade guérir ou mourir après vingt, trente, quarante jours, sans que le poumon soit suppuré. Nous avons perdu au quarante-cinquième jour un malade dont le poumon était carnifié, mais non suppuré.

Pneumonie persistante. — Dans certains cas, on voit la convalescence s'établir, et pourtant quelques symptômes de la pneumonie persister plus ou moins longtemps. M. Chomel a fait cette remarque pour le souffle, que j'ai moi-même vu persister quinze à seize jours après la guérison apparente; mais ce cas est rare. Ce qui est plus fréquent, c'est la persistance du râle crépitant ou sous-crépitant pendant dix, quinze, vingt jours après la guérison, comme nous l'avons vu maintes fois. Dans ce cas, les praticiens s'ingénient à varier les médications plus ou moins énergiques et vantent celles qui coïncident avec la complète résolution; mais presque toujours alors la nature se suffit à elle-même, ce qui n'empêche pas d'employer quelques toniques et astringents, tels que le polygala, l'oxymel scillitique, l'acétate de plomb, etc. Je me figure qu'alors le parenchyme pulmonaire est dans cet état d'engouement, comme œdémateux, que l'on observe, par exemple, à la suite du phlegmon. Mais alors l'inflammation n'existe plus. Un bon régime me paraît être ici le meilleur des résolutifs.

Pneumonie ambulante. — On a produit comme d'étranges singularités certains cas où le râle, le souffle, la bronchophonie apparaissent et disparaissent d'un jour à l'autre, changent de place, etc. Il est peu de praticiens qui n'aient observé de telles anomalies. Mais il faut d'abord faire la part des erreurs de diagnostic, c'est-à-dire des cas où l'observateur se fourvoie, soit qu'il manque d'exactitude ou d'attention, soit qu'il néglige de faire respirer fortement, parler,

tousser le malade, circonstances qui peuvent mettre en relief un râle, un souffle qui, la veille, se produisait à la simple inspiration; et puis, pourquoi donc la pneumonie, comme toutes les autres inflammations, ne pourrait-elle pas subir des alternatives en plus ou en moins, des déplacements, des délitescences, de récidives, etc. ? A de pareils accidents il n'y a rien à opposer que les médications indiquées par l'état actuel de la maladie.

Pneumonie intermittente.— Ce genre d'anomalie est encore un objet de discussion. On aurait peine à croire que la pneumonie, bien constituée à l'état d'hépatisation, pût paraître et disparaître périodiquement, d'un jour à l'autre, si de graves observateurs n'affirmaient l'avoir constaté. Néanmoins, nous pensons qu'il s'agit le plus souvent du simple engouement, alors que l'état congestionnel existe seul, que le plasma n'a pas encore imprégné le parenchyme. Au demeurant, ces pneumonies sont bien rares, car beaucoup de praticiens très-répandus ne les ont jamais rencontrées. Le fait étant bien constaté, l'indication coule de source. Ici l'élément intermittence prime en quelque sorte l'élément inflammatoire : c'est au quinquina qu'il faut recourir, *pendant les intermissions.*

Pneumonie latente. — Avant la découverte de l'auscultation, la pneumonie était latente à peu près toutes les fois que les crachats rouillés faisaient défaut; mais elle est très-rare aujourd'hui, à moins que les signes stéthoscopiques eux-mêmes ne fassent défaut en même temps que les crachats caractéristiques, ce qui peut arriver lorsque la pneumonie est centrale, lobulaire, avec obstruction des grosses bronches. Il est rare que tous les moyens de diagnostic positif manquent à la fois, et encore alors peut-on induire la maladie de certains phénomènes assez expressifs; c'est ainsi que la toux, la dyspnée et une forte fièvre chez les enfants, et même chez l'adulte, peuvent faire supposer une inflammation des poumons, en l'absence des autres signes. Dans tous les cas, ces derniers symptômes suffisent pour faire instituer, à tout événement, le traitement propre à la pneumonie.

Nous plaçons ici, faute de mieux, la *pneumonie ultime*, anomale surtout par son caractère insidieux, par l'absence habituelle des phénomènes accusateurs, tels que toux, crachats colorés, fièvre, etc. Sachant qu'elle est commune à la période avancée des longues maladies, le praticien doit se tenir en garde contre elle, en explorant souvent la poitrine, même sans motifs indicateurs. On soupçonnera son existence, avant la constatation directe, lorsque la respiration paraîtra tant soit peu gênée, le pouls plus accéléré; que la face de-

viendra grippée, que l'amaigrissement fera de rapides progrès, etc.; mais que de fois elle ne se révèle qu'à l'autopsie !

Quant aux moyens de la combattre, ils sont le plus souvent nuls par le fait de l'épuisement du sujet, et impuissants par la gravité même de l'état actuel. On en est le plus souvent réduit aux légers antimoniaux et aux révulsifs. Les toniques et les cordiaux ne valent pas mieux, sauf exception rare.

(*La fin au prochain numéro.*)

Études sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthéritiques ([1]).

Par M. le docteur Isambert, ancien interne des hôpitaux.

Angine couenneuse.—Les analogies pathologiques avaient amené M. Blache à étendre son expérimentation de la stomatite couenneuse à l'angine couenneuse ([2]), et dans les premiers essais l'action du médicament avait semblé favorable. Ces expériences ont été continuées jusqu'à ce jour. Je ne rapporterai pas les nouvelles observations que j'ai recueillies dans le service de M. Blache, elles établissent l'efficacité du chlorate de potasse dans l'angine couenneuse d'une manière non douteuse. Toutefois je crois devoir consigner ici les résultats généraux de mon observation.

On comprend que pour expérimenter un médicament nouveau, dans une maladie de cette nature, il y avait deux manières de procéder : 1° l'essayer dans des cas très-graves, concurremment avec d'autres moyens, dont malheureusement l'impuissance est trop souvent reconnue. Mais alors, en cas de succès, auquel des moyens employés fallait-il attribuer la guérison ? en cas d'insuccès, pouvait-on accuser le médicament d'être sans action utile, parce qu'il avait échoué dans un cas désespéré ? On prouvait ainsi seulement qu'il n'était pas héroïque et ne réussissait pas constamment. 2° Choisir des cas très-simples, employer le médicament, autant que possible, à l'exclusion de tous les autres moyens, et, enhardi par de premiers succès, l'essayer dans des cas de plus en plus graves. Ces deux modes d'expérimentation ont été suivis.

Dans neuf cas d'angine couenneuse de moyenne intensité, le chlorate de potasse a très-bien réussi ; dans quatre cas, il a été employé seul ; dans quatre autres cas, on a employé en même temps la cautérisation avec le nitrate d'argent, et dans un dernier cas très-compliqué, le quinquina et un régime tonique.

([1]) Voir le numéro précédent, page 433.

([2]) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVIII, p. 127.

Dans quatre cas d'angines malignes très-graves, soit primitives, soit consécutives à des maladies générales, le chlorate a échoué; mais leur gravité était telle, les complications si nombreuses, qu'il faudrait être bien exigeant envers un médicament pour lui demander de réussir constamment dans de pareils cas.

Le chlorate de potasse n'est pas un médicament héroïque, qui guérisse à coup sûr l'angine maligne, son action n'est pas instantanée : bien qu'il apparaisse au bout de quelques minutes dans la salive, il lui faut au moins vingt-quatre heures, et le plus souvent deux ou trois jours, pour agir ; aussi faut-il l'administrer de bonne heure. Son action semble être plutôt locale que générale, bien que l'état général s'améliore ordinairement en même temps que l'état local ; ce n'est donc pas un remède d'urgence. Dans deux autres cas d'angine maligne très-grave, avec engorgement ganglionnaire énorme dès le début, il n'a pas eu le temps d'agir sur les jeunes malades, et la mort est survenue en dix ou douze heures après qu'on avait commencé à l'administrer. De nouvelles expériences seraient nécessaires pour voir si on obtiendrait des résultats plus favorables en élevant les doses. Les faits cités par M. Debout, à propos de la stomatite mercurielle, l'augmentation de la salivation chloratée par les doses élevées, que nous avons constatée dans notre étude physiologique, nous portent à croire qu'il faut élever les doses dans les cas graves, ce qui n'a d'ailleurs aucun inconvénient. Même dans plusieurs des cas malheureux que nous avons rapportés, le chlorate a paru agir favorablement pendant quelque temps.

Mais son utilité dans les cas de moyenne intensité nous semble incontestablement démontrée par son succès, par son action sur la muqueuse pharyngienne, identique à celle que nous avons notée dans la stomatite couenneuse. Le retour de la couleur rose, la chute des fausses membranes, l'abaissement du pouls, ont été obtenus, dans les observations que nous avons recueillies, dans un temps qui est sensiblement le même que dans la stomatite couenneuse. D'ailleurs, et M. Debout en fait la remarque très-juste, le praticien n'est pas obligé d'agir comme l'expérimentateur, qui cherche à se rendre compte d'un moyen nouveau ; il ne peut pas se borner à l'emploi d'un seul médicament, et associer le chlorate aux moyens topiques et généraux déjà connus. Reste à savoir si, dans ce cas, les effets topiques s'ajouteront ou s'ils ne se contrarieront pas. Nos observations feraient penser que la cautérisation, par exemple, n'accélère en rien l'action du chlorate, et, dans quelques cas même, elle semble la contrarier. De simples collutoires astringents, ou même de

simples injections détersives, nous semblent alors préférables aux caustiques; les toniques à l'intérieur, le quinquina, paraissent avoir une action adjuvante très-favorable. Enfin la cautérisation devient utile après la chute des fausses membranes; tandis que nous voyons souvent le chlorate perdre alors son action. Notons que ce sel, employé comme topique, a échoué dans un cas.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'état de la thérapeutique concernant le traitement du spina-bifida. — Ponction et compression de la base de la tumeur.

Suite ([1]).

Examen des moyens curateurs. — Pour juger de la valeur des procédés opératoires proposés comme traitement curatif du spina-bifida, il n'importe pas seulement de tenir compte des conditions anatomo-pathologiques de l'anomalie vertébrale, mais encore de consulter les résultats des guérisons spontanées consignés dans la science. Les procédés de la nature médicatrice constituent la seule base des bonnes méthodes thérapeutiques; l'œuvre de l'art est de les provoquer par les moyens les plus inoffensifs. Pour cette étude, il nous faut méditer les faits existant dans les annales de l'art, puis, éclairés par ces premiers résultats fournis d'abord par le hasard, ensuite par l'expérimentation clinique, interroger de nouveau la nature; car, en médecine, l'expérience a le pas sur la raison, et la raison sur l'autorité. *Artem experientia fecit,* dit Manilius, *exemplo monstrante viam.* Consultons donc tout d'abord les faits.

Obs. IV. *Spina-bifida, ponction avec le trocart; insuccès; ouverture spontanée à l'âge de vingt ans; guérison.* — Une femme de Bar-le Duc accoucha en 1750 de deux jumeaux affectés l'un et l'autre de spina-bifida. L'un d'eux mourut dans les convulsions; l'autre s'éleva assez bien, mais ses membres supérieurs et la tête prirent plus d'accroissement que les membres inférieurs. La tumeur qu'il portait à l'union des lombes avec le sacrum, et qui, au moment de la naissance, avait le volume d'une châtaigne, fit des progrès assez lents et devint peu à peu transparente. Vers l'âge de dix à douze ans elle avait pris le volume et la forme d'une bouteille dont le col aurait été brisé; sa transparence pouvait être perçue au jour. Un chirurgien la vida avec un trocart; mais, dès la nuit suivante, le sac commença à se remplir; en peu de jours elle revint à son premier volume. Le malade, fort affaibli par cette évacuation, ne reprit ses forces qu'au bout de trois semaines. La tumeur acquit dès lors un si grand accroissement que le malade était obligé, pour pouvoir marcher, d'incliner le

([1]) Voir la livraison du 30 mai, p. 448.

corps en avant, de baisser la tête et de porter les fesses en arrière. Il atteignit sa vingtième année, et la tumeur, qui avait fait des progrès continuels, était devenue aussi grosse qu'une tête d'adulte, et semblait menacer de se rompre, lorsque le jeune homme fut pris d'une maladie aiguë, pendant laquelle il se coucha involontairement sur le dos. La tumeur s'enflamma et fut frappée d'une gangrène superficielle. Dans le temps même où l'on craignait pour les jours du malade, il arriva, contre toute espérance, qu'il guérit; les parois de la tumeur flétries et rugueuses formèrent une masse solide et difforme, assez semblable à une mamelle squirrheuse. Cet individu, quoique débile, vivait encore en 1778, âgé alors de vingt-huit ans. (Camper, Dissertation sur l'hydropisie; Mémoires de la Société royale de médecine, années 1784-85.)

Cette observation, qui nous offre un de ces rares exemples de persistance de la vie chez les enfants atteints du spina-bifida, prouve, en outre : 1° que la ponction de la tumeur n'est pas fatalement suivie d'accidents graves ; 2° que l'affection peut guérir, comme les hydropisies enkystées, par l'oblitération de la poche, sous l'influence d'un degré convenable de phlogose adhésive. Cette dernière proposition est confirmée par l'observation suivante :

Obs. V. *Spina-bifida ; ponction avec la lancette, à six semaines ; guérison.* — Un enfant vint au monde bien conformé; peu de jours après, on aperçut au-dessus de la seconde vertèbre lombaire une tumeur molle couverte par la peau, qui était mince et distendue. Cette tumeur augmenta de volume de jour en jour, et dans l'espace de six semaines, elle devint grosse comme une orange ; elle était alors molle et transparente. L'enfant ne pouvait plus être couché sur le dos. On fit avec une lancette une petite ouverture à la partie la plus déclive de la tumeur, et après qu'il se fut écoulé un peu de sérosité limpide, on introduisit dans l'ouverture une tente de charpie, qui fut soutenue par un bandage; on retirait la charpie de temps à autre, afin que la sérosité s'écoulât peu à peu. La tumeur s'affaissa ; on la couvrit alors d'un emplâtre, et au bout de quelque temps, elle disparut tout à fait : il resta à la place une cicatrice rugueuse, enfoncée. (Hoffmann, *Miscellanea eur. nat.*, déc. 2, an V, obs. 208.)

Ces deux faits importants, regardés comme exceptionnels par Boyer, malgré l'autorité du maître, ne pouvaient être perdus pour la science. D'autres observations semblables se sont produites depuis, dans lesquelles on voit tantôt la lancette, tantôt le trocart employés pour pratiquer la ponction du spina-bifida. Si le plus grand nombre d'entre elles nous offrent des insuccès, cela tient au procédé opératoire, qui provoque non-seulement une action traumatique trop énergique, mais surtout permet l'accès de l'air dans la poche rachidienne.

Ponction de la tumeur au moyen d'une aiguille.—Il était réservé à un sagace chirurgien anglais, sir Ast. Cooper, de formuler un moyen plus inoffensif, la ponction de la tumeur à l'aide d'une aiguille à coudre, procédé seul susceptible d'offrir quelque sécurité à l'expérimentateur. « Pour ne pas m'attribuer, dit-il avec une grande bonne foi, plus que je ne mérite à l'égard du traitement de cette

maladie, je dois avouer que le principe sur lequel est fondé le traitement pour la cure radicale de cette maladie est semblable à celui sur lequel repose la méthode recommandée par Abernethy dans son ouvrage sur les abcès du psoas. » Ainsi, c'est l'innocuité des ouvertures très-étroites dans les cas d'abcès par congestions qui a conduit Ast. Cooper à recourir à l'emploi d'une aiguille à coudre pour vider la tumeur du spina-bifida, afin de pouvoir mettre en œuvre la compression. Quoique ce chirurgien ait pris soin de faire remarquer, il y a plus de quarante années, *le danger d'une ouverture plus considérable que celle pratiquée avec une aiguille,* on voit, en parcourant les faits publiés, que peu de chirurgiens ont tenu compte de cette recommandation. Voici l'observation du petit malade, qu'Ast. Cooper a guéri par cette méthode ; nous la plaçons en entier sous les yeux de nos lecteurs.

Obs. VI. — *Spina-bifida.* — *Neuf ponctions successives au moyen d'une aiguille, guérison.* — Le 21 janvier 1809, mistriss Little m'apporta son fils, âgé de dix semaines, qui était atteint de spina-bifida. La tumeur était située à la région lombaire ; elle était molle, élastique, transparente, et son volume égalait à peu près celui d'une moitié de bille de billard. Les membres inférieurs jouissaient de toute leur sensibilité. L'excrétion de l'urine et des matières fécales se faisait normalement. Ayant essayé de faire rentrer la sérosité de la tumeur dans le canal rachidien, et ayant reconnu que si l'on cherchait à refouler la totalité du liquide, il en résulterait une compression trop considérable pour le cerveau, je saisis cette occasion d'expérimenter quel serait l'effet de l'évacuation du liquide au moyen d'une ponction pratiquée avec un instrument extrêmement fin, de manière à ce qu'on pût ensuite établir une compression et ramener le cas présent aux conditions du cas précédent (voir l'*obs.* II). En conséquence, je pratiquai immédiatement une ponction à la tumeur, avec une aiguille, et j'en retirai environ 2 onces de sérosité.

Le 25 janvier, ayant trouvé la tumeur aussi volumineuse qu'avant la première ponction, j'en pratiquai une seconde de la même manière et je fis sortir environ 4 onces de liquide. L'enfant ne poussa des cris qu'après l'évacuation de la sérosité, mais tandis qu'elle s'écoulait, il ne fit entendre aucune plainte.

Le 28, la tumeur avait repris son premier volume ; je la vidai de nouveau de la même manière. J'appliquai ensuite une bande roulée sur la tumeur et autour du ventre.

Le 1er février une nouvelle ponction donna issue à 2 onces de liquide.

Le 4, évacuation de 3 onces de sérosité.

Le 9, même évacuation. La sérosité n'était plus limpide comme après les premières ponctions ; elle était sanieuse et avait acquis, peu à peu ce caractère à la suite des dernières opérations.

Le 13, on fit sortir la même quantité de liquide. Une bande de flanelle fut appliquée sur la tumeur et autour de l'abdomen ; par-dessus la bande on recouvrit la tumeur avec un morceau de carton, qui fut fixé au moyen d'une seconde bande.

Le 17, évacuation de 3 onces d'un liquide moins trouble que précédemment. Réapplication du carton.

Le 26, la surface de la tumeur était enflammée. Le liquide, moitié moins abondant que les autres fois, était mêlé avec de la lymphe coagulable. L'enfant avait une fièvre intense. Je lui prescrivis le calomel et la scammonée, et je suspendis l'emploi des bandes. — Le 27, la tumeur n'a pas plus du quart de son premier volume; elle paraissait solide; les téguments étaient épaissis : tout annonçait qu'une inflammation adhésive s'y était développée. — Le 28, nouvelle diminution de volume; la tumeur semble solide. — Le 4 mars, même état. — Le 8, diminution très-marquée; la peau qui recouvre la tumeur est épaissie et ridée. On a recours de nouveau à l'application d'une bande roulée; on applique une carte sur la tumeur et un la maintient avec une seconde bande. — Le 11, la tumeur est considérablement réduite; la peau qui la recouvre est un peu ulcérée. — Le 15, la tumeur est tout à fait aplatie, mais le tégument est encore un peu ulcéré. — Le 27, la lymphe plastique épanchée avait considérablement diminué de quantité et avait acquis beaucoup de consistance. — Le 2 mai, il ne restait plus qu'une-poche flasque, formée par la peau. L'enfant paraissait se porter très-bien. On cessa l'emploi des bandes. — Le 8 décembre suivant, il fut pris d'une variole qui se termina heureusement.

Maintenant (mai 1811), la peau est lâche et pendante au niveau de la base du sacrum; la partie centrale de la poche, précédemment formée par la peau, étant adhérente à la colonne vertébrale, il en résulte une rétraction du tissu cutané qui produit sur la tumeur un aspect semblable à celui que présente l'ombilic. Les cicatrices qui indiquent les ponctions successivement pratiquées à la tumeur forment de légères inégalités, qui sont très-visibles.

Ast. Cooper rapporte dans son Mémoire deux autres observations, dont nous nous bornerons à présenter un résumé.

Obs. VII.—La première a pour sujet une petite fille âgée de onze jours, dont le *spina-bifida était compliqué d'hydrocéphalie ventriculaire.* L'ulcération de la peau engagea ce chirurgien à vider la tumeur, afin de diminuer la tension des parois. Quatre jours après elle était remplie de lymphe coagulable, ainsi qu'on en pouvait juger par son aspect enflammé et par la résistance qu'elle offrait au toucher. L'inflammation se propage à toutes les méninges rachidiennes et provoque des convulsions. Elles durèrent six jours. A la fin du mois, l'enfant est ramené à Ast. Cooper, l'ulcération de la peau était cicatrisée; la tumeur considérablement réduite; les forces revenaient d'une manière très-prononcée. Dix jours après, le travail adhésif semblait être achevé. Le chirurgien comptait sur un nouveau succès, lorsque, sans cause appréciable, de nouvelles convulsions se manifestent et entraînent la mort de l'enfant. — *Autopsie.* — Les os du crâne étaient très-écartés au niveau des sutures. Il n'y avait pas d'hydrocéphale à l'extérieur du cerveau. Les ventricules contenaient environ six onces d'un liquide clair, au milieu duquel nageaient des flocons de lymphe coagulable. La pulpe cérébrale offrait une mollesse extraordinaire. — L'examen du rachis montre que le travail d'inflammation adhésive est complet, et qu'il ne reste plus dans la tumeur aucune cavité qui eût pu recevoir le liquide rachidien.

Cette observation prouve le danger qu'il y a d'exposer aux chances d'un traitement curatif les enfants dont l'hydrorachis est compliqué d'hydrocéphalie. L'inflammation de la poche se propage très-facilement à la séreuse céphalo-rachidienne; et comme ces enfants présentent une résistance vitale moins considérable, ils peu-

vent succomber, alors même qu'on semble être en droit de compter sur le succès.

Obs. VIII. — Le fils d'un boucher est amené à Ast-Cooper, le 10 janvier 1810. Les ponctions de la tumeur ont lieu les 15, 17, 19, 24, 26, 30. — Février, les 1,4, 11, 26, 27, 28. — Mars, les 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14. — Avril, les 9, 14, 18, 22, 26. — Mai, 2. Outre ces trente et une ponctions pratiquées par Ast. Cooper, plusieurs autres sont faites par les chirurgiens du pays qu'habite l'enfant. Quelques essais de compression de la tumeur avec un moule en plâtre provoquent des convulsions, même alors qu'on prend le soin d'en matelasser l'intérieur avec de la charpie, et on y substitue un appareil plus léger. Enfin, après ces nombreuses ponctions « voyant, dit Ast. Cooper, que le travail adhésif n'avait pu être assez énergique pour amener l'occlusion d'une ouverture aussi large que celle qui existait à la colonne vertébrale chez cet enfant, je cessai de diriger mes efforts dans ce sens et je suivis le même plan que dans le cas d'Applebee. (V. Obs. II.) Je conseillai donc l'application permanente d'un bandage à pelote, me bornant à un traitement palliatif. Sous l'influence de ce moyen, la tumeur a diminué graduellement. L'enfant s'est développé d'une manière normale. Maintenant il est âgé de dix-huit mois et jouit de la meilleure santé. »

Tels sont, en résumé, les faits que l'illustre chirurgien anglais présentait à l'appui de sa méthode de traitement curatif. Ces résultats, que le *Bulletin de Thérapeutique* a fait connaître il y a plus de vingt années, ont servi à soutenir les espérances des chirurgiens; malheureusement ils ont négligé, pour la plupart, de mettre en pratique le procédé opératoire suivi par Ast. Cooper, les ponctions avec l'aiguille, oubliant l'avertissement qu'il leur donnait : « Toute ouverture plus étendue serait accompagnée des plus grands dangers. » Aussi voyons-nous la plupart des tentatives dans lesquelles l'ouverture de la tumeur est pratiquée avec le trocart ou la lancette suivie d'insuccès, tandis que dans le plus grand nombre des cas où les expérimentateurs ont suivi fidèlement la pratique d'Ast. Cooper, la guérison des petits malades est venue couronner leur intervention. Voici quelques-uns de ces faits, nous les reproduisons dans l'ordre chronologique.

Obs. IX. *Spina-bifida; trois ponctions successives; compression; guérison même de la paraplégie.* — Une femme de Padoue apporta à la clinique du professeur Rugieri son enfant âgé de deux mois, affecté de paralysie des membres inférieurs. A l'examen, on reconnut un hydrorachis de la région lombaire. La tumeur étant douloureuse à la pression, on recommanda seulement à la mère de la garantir de toute injure extérieure, ce qu'elle fit avec soin. Mais un jour, par accident, la tumeur fut piquée ; il en sortit une grande quantité d'eau limpide. La mère apporta aussitôt l'enfant à M. Bozetti, qui trouva la tumeur flasque et ridée; il y appliqua un bandage légèrement compressif, et quelques jours après, il trouva la poche remplie de nouveau, mais pas cependant au point d'égaler son volume primitif, qui était celui d'une grosse noix. Vu l'in-

nocuité de la première piqûre accidentelle, il se décida à en faire une nouvelle avec une aiguille; le liquide qui s'écoula était moins abondant et moins limpide que celui de la première fois. Le jour suivant, il se développa dans la tumeur une légère phlogose qui disparut par l'usage de l'oxycrat, mais qui détermina l'adhérence de la peau avec les parties sous-jacentes. Cet espoir de guérison ne fut pas trompé, car une troisième piqûre donna issue à de la lymphe plastique, et, à l'aide de la compression, les parties sous-jacentes se réunirent et se consolidèrent au point qu'un an après, cette partie de la colonne vertébrale avait acquis une consistance semi-cartilagineuse, et que les membres inférieurs avaient repris toute leur force. (Annali. univ. di medicina, julio 1827.)

Cette observation, nous offrant un exemple du retour du mouvement dans les membres inférieurs paralysés, est une des plus importantes de toutes celles consignées dans la science. Il est à regretter que l'auteur se soit borné à publier le court récit que nous venons de reproduire. Si la résolution des membres était la conséquence de la pression exercée par l'hydrorachis, on comprendrait le résultat obtenu : *sublatâ causâ, tollitur effectus;* mais la paraplégie semble due spécialement à la déviation des nerfs, à leur fusion avec la dure-mère qui entre dans la composition de la poche. Or, on comprend difficilement que ces filets nerveux, qui non-seulement ont subi les effets du traumatisme inflammatoire qui amène l'oblitération de la poche, mais font partie dès lors du tissu cicatriciel, puissent innerver les membres inférieurs. Le fait n'en paraît pas moins authentique, aussi n'avons-nous pas hésité à le rappeler; l'explication viendra plus tard.

M. Bozetti cite encore le cas d'un second enfant qu'il a guéri de la même manière, mais sans dire l'âge du petit malade, le siége ni le volume de la tumeur, le nombre des ponctions pratiquées et encore moins les accidents éprouvés. Il se borne à ajouter qu'il espère que la guérison sera permanente, « car il y a six mois que la tumeur ne reparaît pas, que la peau est froncée, la pression insensible, et que les membres inférieurs reprennent de la force. » Ce laconisme est d'autant plus extraordinaire que le médecin italien n'a pas été conduit à mettre en œuvre les ponctions par les succès signalés dans les auteurs, mais par les hasards de l'observation. Témoin de l'innocuité d'une piqûre accidentelle et des résultats qu'elle avait amenés, il profite de l'enseignement et reproduit le fait.

Obs. X. *Spina guéri par des ponctions successives et la compression.* — L'enfant avait trois mois lorsque M. Probart, de Havarden, commença à évacuer le liquide que contenait la tumeur. Après plusieurs ponctions, il se développa une forte inflammation de la peau environnante et l'enfant éprouva des mouvements convulsifs, qui cessèrent par l'application des sangsues et l'emploi de quelques purgatifs. On appliqua ensuite sur la peau qui recouvrait la tumeur

un emplâtre et des linges maintenus par un bandage compressif. On provoqua par ce moyen la diminution de la tumeur, qui finit par disparaître, laissant une dépression dans le lieu qu'elle avait occupé. (Med. chirurg. Review et Nouv. Bibl. méd. 1828, t. XI, p. 120.)

Obs. XI. *Spina-bifida chez une petite fille de sept mois.* — Tumeur ovoïde sur la région sacrée; une forte pression la réduit assez pour permettre de sentir dans le canal rachidien une ouverture ovalaire, dans laquelle on introduit l'extrémité du petit doigt. La santé est bonne; la miction et la défécation s'exécutent normalement; l'enfant ne peut marcher, mais elle se sert fort bien de ses jambes pour se traîner. Du 7 décembre 1834 à la fin de mars, M. Skinner pratique soixante-dix ponctions. Dans l'intervalle, une compression exacte et uniforme est exercée à l'aide d'un bandage élastique. Ce mode de traitement amène une réduction des trois quarts du volume primitif de la tumeur, et tout faisait présager une guérison prochaine, lorsque des fruits verts donnés à l'enfant provoquèrent une diarrhée qui força d'abandonner les ponctions; puis une pneumonie vint emporter la petite malade. Les détails de l'autopsie ne laissent aucun doute sur la cause de la mort, ainsi que sur les progrès de la tentative de guérison du spina-bifida. (Arch. de méd., 1837; t. XI, 3ᵉ série.)

La plupart des auteurs qui ont cité ce fait ne l'ont certes pas lu; aussi avons-nous cru utile de le rappeler. L'observation étant terminée par une autopsie, cela leur a suffi pour classer le cas parmi les insuccès. Peu d'observations sont plus complètes et mettent mieux en relief l'innocuité de cette pratique dans certains cas; *soixante-dix ponctions en moins de quatre mois!* et les détails en sont publiés dans un journal français! « L'autopsie, y est-il dit, a parfaitement démontré que la tumeur n'était pour rien dans les causes de la mort, qui fut le résultat de la double inflammation du canal intestinal et des poumons. Les téguments sont affaissés au voisinage de la tumeur; celle-ci est ridée et épaissie. Ses enveloppes, savoir la peau, le tissu cellulaire et le sac, sont si fortement condensés, si bien unis, qu'on ne peut les séparer. La cavité de cette poche offre à peu près le volume d'une noix, et contient un grain ou deux d'un liquide limpide. La surface interne est d'un blanc de perle. Une ou deux des apophyses épineuses laissent, par leur absence dans le canal rachidien, une ouverture d'un pouce de long et d'un demi-pouce de large. La quantité du liquide de la tumeur obtenue pendant toute la durée du traitement a été de plus de quatre pintes; son goût était légèrement salé... La teinture de noix de galle et le nitrate d'argent y déterminaient au contraire des précipités abondants; celui produit par le dernier noircissait par l'exposition à l'air. »

C'était là sans doute, dit M. Skinner, un cas de spina-bifida *local*, ou, si l'on veut, sans maladie de la moelle, enfin sans autre vice de conformation; genre de cas auxquels on a justement restreint l'application du traitement curatif.

Obs. XII. *Spina-bifida chez une petite fille âgée de huit mois; guérison.* — Tumeur située à la partie supérieure du sacrum, offrant trois pouces et demi de long, autant de large et saillante de deux pouces. La peau qui recouvrait le sommet de la tumeur était convertie en une membrane mince, rougeâtre, sillonnée d'innombrables veines capillaires, presque variqueuses. Le 7 octobre 1837, M. Stephens pratiqua la ponction de la tumeur, à l'aide d'une aiguille à cataracte. Le 20, on répète l'observation. Le 21, trois ponctions sur des points différents; le liquide coule pendant vingt-quatre heures. Dès ce moment, le sac de la tumeur s'enflamme, l'enfant présente de la fièvre, il est abattu. Une rétraction de la jambe gauche a lieu. Quelques jours après, lorsque les accidents inflammatoires se sont un peu calmés, l'enfant est envoyé à ses parents, qui habitent la campagne. Le printemps suivant, la petite fille est ramenée à M. Stephens, qui constate la disparition de la tumeur. (New-York, and. amer. Journ., octobre 1843.)

Obs. XIII. *Spina-bifida chez une petite fille de dix mois; une ponction de la tumeur; analyse du liquide obtenu; accidents fébriles intermittents; guérison.* — La femme Portait, rue de Chaillot, nº 83, amène à la consultation de l'hôpital Beaujon un de ses enfants, qui est né avec une tumeur sur la région lombo-sacrée. Cette petite fille est âgée de dix mois, forte et en apparence bien portante; elle se tient debout seule en s'appuyant sur les meubles à sa portée. La tête est un peu volumineuse, la fontanelle antérieure large et très-distincte; elle a quatre dents. La tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, siége sur la région lombo-sacrée; le grand axe de l'ovoïde est transversal, la poche est légèrement pédiculée, de sorte qu'elle est bien limitée en tous sens; la peau qui la recouvre, légèrement rosée, est mince comme une membrane séreuse au sommet de la tumeur; elle se continue d'une manière insensible avec celle des parties environnantes, de telle sorte qu'il est impossible de dire, ici commence la paroi transparente, là finit le tégument normal. On peut, en outre, constater l'augmentation du volume et de la tension de la tumeur lorsque l'enfant crie; mais on ne peut la réduire complétement. La compression est douloureuse; outre les cris, elle amène de la pâleur de la face de la gêne de la respiration. Enfin, d'après les renseignements donnés par la mère, il se ferait un léger suintement à travers la partie transparente de la poche, lequel se présenterait sous forme de gouttelettes semblables à celles de la sueur. Depuis l'apparition de ce phénomène, il est survenu de l'insomnie, une diminution de l'appétit et des forces. Ce sont ces troubles de la santé de l'enfant qui ont donné l'éveil à la sollicitude de la mère et l'ont engagée à consulter.

M. Robert, après avoir constaté la nature de l'affection et l'imminence de la rupture de la poche, se décide à tenter la cure du spina-bifida par la méthode d'Ast. Cooper. Le 30 décembre 1843, il pratique une ponction avec un trocart très-fin et retire 392 gr. d'un liquide limpide qui, soumis à l'analyse, a fourni les résultats suivants : résidu sec, 0,72; chlorure de sodium, 0,55; matière animale, 0,17; eau, 440; perte, 0,080. La poche vidée, il fut possible à la pulpe du doigt indicateur de constater l'existence de la fissure vertébrale; une compression fût établie sur ce point. Malgré l'action du bandage, la tumeur s'était reproduite le lendemain, et les tentatives d'une compression plus efficace sont tellement douloureuses qu'on y renonce. On se borne à appliquer sur la poche des compresses imbibées de vin aromatique.

A dater du 28 janvier, l'enfant éprouve des crises qui débutent par le refroidissement du corps et spécialement du front. Ce phénomène est tellement ca-

ractéristique du début des accidents, qu'à l'aide de ce signe, la mère indique l'invasion des accès quotidiens. Environ une heure après l'apparition du froid, les yeux deviennent fixes, tournés en haut sans apparence de strabisme. L'enfant crie, se remue en tous sens pendant cinq ou six heures, puis une chaleur brûlante se manifeste à la peau, sans être accompagnée de sueur. Ce stade dure de une heure à deux. Enfin, le calme succède à l'agitation; un sommeil de quatre ou cinq heures a lieu; et, vers six heures du soir, l'enfant s'éveille gaie et joue avec ses parents jusqu'à dix heures du soir, où on la couche. Le sommeil est calme et paisible jusqu'au lendemain matin cinq heures, moment auquel se présente le début des accidents que nous venons de décrire.

8 février. Ces accès ont eu lieu chaque jour ; leur caractère tranché d'intermittence, la succession des stades de froid et de chaleur, engagent M. Robert à prescrire l'emploi de deux cuillerées à café de sirop de quinquina. En outre, il conseille de protéger la tumeur, qui demeure très-sensible à la pression, à l'aide d'un bandage semblable à ceux dont on fait usage dans les cas de hernie ombilicale, mais avec une pelote concave, pouvant loger facilement la tumeur.

19 février. L'usage du sirop médicamenteux a eu seulement pour résultat de reculer les accès, qui sont revenus chaque jour vers huit heures du matin ; la mère assure qu'ils sont généralement moins intenses et moins longs. La tumeur est diminuée de volume d'une manière notable; elle est moins sensible au toucher; ses parois sont opaques, considérablement épaissies, et elles augmentent moins de volume pendant les mouvements respiratoires et les cris. La santé générale de l'enfant est loin de présenter la même amélioration : l'amaigrissement est très-considérable, la face est grippée et la station debout est à peine possible. Même traitement local ; trois cuillerées de sirop de quinquina.

28 février. Le même état continue, l'enfant ne peut plus se soutenir. M. Robert prescrit des vésicatoires volants lo long du rachis.

10 mars. Les accès fébriles intermittents ont continué jusqu'au 5 de ce mois, allant toujours en diminuant d'intensité. Depuis quatre jours ils avaient complétement cessé, lorsque hier ils ont reparu. 5 centigr. de sulfate de quinine, suspendus dans 10 grammes de sirop ; continuation des vésicatoires.

21 mars. L'enfant va de mieux en mieux. Depuis le 10, il n'y a pas eu d'accès ; elle est toujours pâle et maigre, mais elle paraît moins souffrante.

20 juillet. L'état général s'est beaucoup amélioré. L'enfant a repris petit à petit son embonpoint ; elle marche seule. La tumeur est entièrement effacée ; à sa place on trouve un tubercule assez semblable à la cicatrice ombilicale, et nullement douloureux.

Cette petite fille s'est parfaitement développée et a vécu jusqu'à l'âge de douze ans. Elle est morte l'année dernière des suites d'une affection éruptive.

La plupart des chirurgiens, préoccupés de mettre en relief la valeur des ponctions successives comme traitement du spina-bifida, se sont bornés à citer le résultat de leurs essais, en omettant dans leurs observations le récit des accidents qu'ils ont eu à traverser avant d'arriver à la guérison, comme s'ils eussent craint de ne pas trouver d'imitateurs. C'est pour suppléer au silence des auteurs que nous avons insisté dans le récit du fait emprunté à la pratique de M. Robert sur les accidents qui ont suivi la ponction de la tumeur. La nature des accidents éprouvés par la petite malade de ce chirur-

gien ne présente pas un type à cet égard; généralement ce sont des symptômes convulsifs, tandis que nous avons vu se développer chez elle des phénomènes fébriles intermittents. Quoiqu'elle résulte de l'extension progressive de la phlegmasie de la poche aux membranes du rachis, cette forme symptomatologique se trouve bien de l'usage du sulfate de quinine. Une remarque importante dans ces circonstances est la nécessité d'élever la dose du sel quinique, et de venir en aide à son action, soit par l'emploi des moyens antiphlogistiques directs, les sangsues ou les ventouses scarifiées, soit par les révulsifs.

Le traitement de ces complications diverses serait une acquisition d'autant plus précieuse, qu'il est impossible de songer à limiter à l'étendue des parois de la poche le traumatisme inflammatoire provoqué par les ponctions répétées.

Compression de la base de la tumeur. — Un des éléments anatomiques qui constituent la tumeur, dans les cas de spina-bifida où le développement normal de la motilité et de la sensibilité ainsi que la nutrition des membres inférieurs de l'enfant ne permettent pas de soupçonner la déviation d'aucune partie des nerfs qui terminent la moelle, devait conduire les chirurgiens à expérimenter un autre mode de compression. La paroi interne de la poche est doublée par la séreuse rachidienne; or, des faits nombreux ont prouvé que lorsque deux séreuses adossées l'une à l'autre viennent à s'enflammer, elles contractent une adhérence solide. Il était donc naturel de chercher à isoler la poche extra-rachidienne par une ligature circulaire jetée autour de sa base. La nature s'est chargée de fournir des exemples de ce mode thérapeutique, et nul doute que chez le plus grand nombre des individus parvenus à l'âge adulte, le développement ultérieur des lames vertébrales, siége de l'arrêt de développement, avait amené le contact du pédicule de la tumeur. Est-ce bien à l'observation de ce résultat révélé par l'évolution spontanée de la maladie que les expérimentateurs ont puisé leur idée? Ainsi M. Latil rapporte avoir été témoin d'un cas de guérison obtenu par une mère. Cette femme, dont l'enfant était affecté d'hydrorachis, vida la tumeur par une piqûre d'aiguille; il en sortit un liquide transparent; voyant qu'elle s'était remplie, elle lia la base de la tumeur et l'enfant guérit. L'hydrorachis siégeait dans la région lombo-sacrée.

Les notions anatomo-pathologiques du vice de conformation devait conduire les hommes de l'art à pratiquer une compression latérale plutôt que circulaire. La fissure vertébrale étant longitudinale, la pression doit être exercée de préférence dans la direction de l'axe

du rachis. M. Beynard est le premier qui ait employé ce mode de compression ; son procédé est des plus simples et fort ingénieux. Le spina-bifida qu'il avait à traiter était situé vers la troisième vertèbre lombaire. Le 30 novembre 1840, il plaça de chaque côté de la base de la tumeur deux tuyaux de plume, dont la longueur répondait à l'axe de la poche ; ces tubes étaient traversés par un cordonnet en soie qui fut noué, et le chirurgien obtint ainsi une compression aussi vigoureuse qu'il le désirait. Sept jours après, le 6 décembre, il enleva sa ligature, il n'y avait plus qu'une plaie simple, qui fut guérie en quelques jours.

En 1844, M. Latil, enhardi par le succès obtenu par cette mère qui avait elle-même pratiqué la compression du spina-bifida dont son enfant était affecté n'hésita pas à imiter la conduite de M. Beynard ; seulement, au lieu de se servir de tuyaux de plume, il eut recours à des morceaux de bois convenablement taillés, c'est-à-dire arrondis sur la face qui devait servir à comprimer la base de la tumeur, tandis que l'autre était creusée d'une gouttière destinée à recevoir la ligature. Le 20 janvier, M. Latil, comprimant la base de la tumeur située sur la région lombo-sacrée, serra fortement le fil. Au bout de la semaine, quoique les parois de la poche fussent gangrénées, il n'y avait pas de réunion ; il laissa donc les morceaux de bois et ne les enleva que le dixième jour. Le 17 février, vingt-sept jours après l'opération, la guérison était complète. L'enfant était âgé de trois mois et demi.

Dans la même année, M. Beaunier a publié un cas de guérison à peu près semblable. Voyant que la cure n'avait lieu que par la gangrène des parois, ce praticien crut assurer le succès de sa tentative en plaçant autour de la base de la tumeur une traînée de potasse caustique sur laquelle il appliqua ensuite une ligature circulaire avec un fil. Cette application n'avait pas seulement pour but de détruire la peau, mais encore, aux yeux de ce praticien, de rendre la constriction de la tumeur moins douloureuse. L'enfant était âgé de dix jours ; l'hiatus vertébral siégeait sur la partie moyenne de la région lombaire. Après avoir noué le fil, ce chirurgien ponctionna la tumeur et tira environ 20 grammes de liquide. Quatre jours après, il resserra la ligature et vida de nouveau la tumeur. Cette fois il obtint 45 grammes de liquide. Enfin, quelques jours après, il enleva la tumeur, qui était gangrénée, et la petite plaie qui resta guérit rapidement.

Ces faits de guérison méritent d'être mis en relief ; le mode opératoire suivi par M. Beynard nous paraît le moyen le plus inoffensif, d'autant plus qu'on peut procéder encore avec plus de lenteur qu'il ne l'a fait dans la constriction de la base de la tumeur. Cette lenteur dans l'action chirurgicale ne saurait nuire à l'enfant, si l'on prend soin de mettre la tumeur à l'abri des froissements et des contusions, en l'enveloppant d'une couche de coton cardé ; elle préviendra plus sûrement la production des accidents nerveux graves auxquels tous les traitements curatifs exposent les enfants. Cette réserve de notre part est basée sur les résultats de l'expérimentation clinique, nous avons vu même ce mode de compression exercé par M. Guersant, à l'aide de fragments de bougies en gomme élastique, provoquer une méningite rachidienne à laquelle l'enfant a succombé.

Dans certains cas, on a ajouté aux ponctions successives la compression circulaire de la base de la tumeur, de préférence à celle exercée par un bandage élastique. Le fait suivant, que vient de publier un chirurgien distingué d'Ancône, M. Berardi, en est un exemple.



Obs. XIV. *Spina-bifida d'une forme particulière, traité avec succès par des ponctions successives ; la compression circulaire de la base de la tumeur, et l'excision de la poche.* —Cette observation a trait à une espèce bien rare de spina-bifida; c'était, comme le montre la gravure ci-contre, une espèce de queue, longue de six pouces, qui descendait de l'extrémité inférieure du sacrum et du coccyx jusqu'à un tiers inférieur des jambes. Cet étrange prolongement, parfaitement intact, présentait quelques poils à sa face dorsale, et dans l'acte de la défécation, il était agité à sa racine de quelques mouvements obscurs d'élévation. La petite fille qui portait ce vice de conformation était du reste forte, robuste et bien portante; ses mouvements étaient parfaitement libres, sauf ceux des membres inférieurs. En examinant attentivement cette tumeur, M. Berardi constata qu'elle était à son origine, à la suite du sacrum et du coccyx, longue de deux pouces, mais qu'elle allait s'effilant graduellement, jusqu'à son extrémité inférieure qui était comme pliée et contournée dans le sens où la peau était le plus épaisse ; sa consistance était

élastique, sa forme celle d'un cône tronqué à base supérieure; elle était fluctuante et molle dès qu'on mettait l'enfant la tête en bas, dure et résistante, au contraire, dans la situation opposée Dans le premier cas, également, on constatait très-facilement la transparence. Le toucher rectal fit connaître que le coccyx était entièrement divisé longitudinalement, de sorte que l'intestin et la tumeur semblaient se toucher; le corps des vertèbres sacrées était intact, les lamelles seules étaient divisées, et de leur division résultait une fissure d'un pouce de long, par laquelle on pouvait introduire un doigt dans le canal vertébral. A part l'amincissement dans certains points, la peau était normale. La compression de la tumeur faisait évanouir l'enfant si elle était forte, mais elle lui arrachait surtout des cris.

Après avoir bien réfléchi au meilleur traitement à employer, M. Bérardi s'arrêta à la ponction : la partie inférieure de la tumeur fut piquée la première avec une aiguille à cataracte ; après avoir placé une bande modérément serrée sur sa partie supérieure, à l'aide d'une compression douce, elle fut évacuée d'un liquide limpide et séreux, et les parois se froncèrent et s'épaissirent d'autant. Ces ponctions furent répétées tous les huit, dix, et même douze et quinze jours, mais du côté opposé à la précédente. Dans l'intervalle, la tumeur était entourée d'un bandage, principalement à sa racine. Dans les cinq premières ponctions, le liquide était séreux, la peau se crispait et s'épaississait à chaque ponction. A la sixième et à la septième, le liquide commença à s'altérer; à la huitième, c'était une matière mêlée à de la lymphe coagulable; il fallut agrandir l'ouverture avec un bistouri à lame étroite pour lui donner issue. Cinq autres fois, de petites incisions évacuaient un liquide albumineux, qui finit par prendre une odeur fétide. La peau continuait à être intacte et à s'épaissir. En quatre mois, il y eut treize ponctions, sans que l'enfant en souffrît dans sa santé générale, au contraire. La tumeur avait changé de forme; à force de se recoquiller, elle était presque aussi grosse en bas qu'en haut; la fissure du sacrum existait toujours, et c'était là que se trouvait surtout le liquide; la partie inférieure de la tumeur était déjà convertie en un cordon plein. Pour hâter l'occlusion du pédicule de la tumeur, l'auteur passa pendant trois mois autour de ce pédicule une bougie de cire, rendue plus tenace par l'addition d'un peu de térébenthine, et dont il tordait plus ou moins fortement les deux bouts l'un sur l'autre, pour produire une compression plus ou moins forte. Avec ce moyen, aidé de quelques incisions, la cavité rachidienne commença à se fermer, en même temps que le pédicule la tumeur s'amincissait graduellement. Le coccyx seul restait divisé. Quatre incisions furent encore faites, qui donnèrent issue à un liquide semblable à du blanc d'œuf. La petite bougie de cire ayant été serrée un peu fortement quelque temps après, il en résulta une ulcération profonde à la partie inférieure du pédicule. L'auteur, s'étant assuré que l'oblitération de la colonne vertébrale était alors complète, n'hésita pas à retrancher d'un coup de bistouri la tumeur ; la plaie qui en résulta était divisée en deux par une cloison, mais elle se terminait en cul-de-sac. Il n'y eut aucun accident. Après vingt-quatre heures, la plaie était cicatrisée, de sorte qu'au bout de sept mois, après dix-neuf ponctions et l'usage prolongé de la compression, la petite malade se trouva débarrassée d'une maladie regardée comme incurable par tous ceux qui l'avaient vue. (Raccoglitore medico di Fano, février 1856.)

En parallèle avec les résultats obtenus par ces modes divers de compression et de ponctions successives, il nous reste à placer ceux

fournis par l'injection de la poche avec la teinture d'iode plus ou moins étendue d'eau, pour avoir signalé les ressources réelles dont l'art dispose contre cette redoutable anomalie.

(*La fin prochainement.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule et mode de préparation d'un emplâtre résolutif au proto-iodure de fer.

Les propriétés spéciales que l'élément ferrugineux imprime à ce composé iodique ont fait que jusqu'ici on a peu expérimenté son action topique ; d'après M. le professeur Alquié, de Montpellier, elle ne serait pas cependant à dédaigner. Dans les cas de tumeurs blanches, d'engorgements lymphatiques et scrofuleux, l'emplâtre au proto-iodure de fer jouirait d'une action résolutive incontestable. L'expérimentation clinique a montré que les résultats thérapeutiques de l'emplâtre au proto-iodure de fer étaient plus marqués, lorsque chacun des éléments du sel étaient mêlés à la matière emplastique, que lorsqu'on y introduisait le proto-iodure tout formé. Voici la formule publiée par M. Sauvan dans les Annales cliniques de Montpellier.

Pr. Iode pur.	1 gramme.
Limaille de fer porphyrisée.	2 grammes.
Emplâtre de poix de Bourgogne.	30 grammes.

Faites fondre l'emplâtre à une douce chaleur, ajoutez la limaille de fer. D'un autre côté, faites dissoudre l'iode dans 10 grammes d'alcool, ajoutez le soluté à l'emplâtre encore liquide; remuez avec une spatule de fer jusqu'à ce que la réaction se soit opérée, ce dont on s'aperçoit quand l'emplâtre a passé au brun vert. Alors on l'étend sur de la peau, ou l'on en forme un sparadrap, qu'on applique en bandelettes sur la partie malade.

Observation sur un nouveau moyen proposé pour préparer l'onguent mercuriel.

Tous les journaux de chimie et de médecine ont publié, probablement sans l'avoir expérimenté, un procédé de M. Marshall Heanley pour préparer extemporanément l'onguent mercuriel. Ce procédé consiste à mêler 90 grammes de graisse, 6 grammes de sulfate de potasse en poudre avec 500 grammes de mercure métallique; à triturer vivement ce mélange pendant quelques minutes, pour que le

mercure disparaisse complétement; on ajoute ensuite le complément de la graisse, c'est-à-dire les 410 grammes, et l'onguent est terminé.

Nous avons suivi de point en point et à plusieurs reprises la formule indiquée par notre honorable confrère, nous avons même varié, en augmentant et en diminuant les doses de sulfate de potasse qui entrent dans la préparation; nous avons le regret de n'avoir pu réussir dans nos expérimentations. Dès lors, nous devons en conclure qu'il y a eu une erreur typographique, et que l'auteur a voulu dire en *quelques jours*, comme cela se fait habituellement.

Stanislas Martin.

Réflexions sur la glycométrie par la liqueur de Fehling.

Le numéro du 29 février dernier du *Bulletin de Thérapeutique* contenait, sous le titre de *Réactif cuivré pour la recherche du glucose*, une note fort intéressante de feu Quevenne, et dans laquelle cet habile et regrettable chimiste décrit un excellent mode d'opérer, attribué à Fehling, et sur l'origine duquel il ne possède aucun document authentique. « L'auteur, dit-il, aura, je suppose, publié sa formule en Allemagne, et c'est de là qu'elle sera parvenue aux personnes qui la possèdent. Mais, pour mon compte, je ne sache pas qu'aucun journal français en ait parlé, et je ne connais cette formule que par voie de transmission. »

Depuis cinq ans, je me sers également de la liqueur de Fehling, préférable sous bien des rapports à celles formulées par Schwartz, Donaldson, Poggiale et d'autres...; mais, plus heureux que Robiquet, j'ai trouvé la formule, je dirai presque *authentique*, dans l'Annuaire de chimie pour 1850, où MM. Millon et Reiset l'ont consignée d'après les *Annalen der chimie und pharmacie*, tome LXX, page 54.

Leur description se rapproche beaucoup de celle de Robiquet; ils ont pourtant relaté quelques circonstances bonnes à connaître pour arriver facilement à un résultat certain. Ainsi :

1° Il est souvent difficile d'apprécier le point où la solution cuivrique est totalement précipitée, une légère nuance bleue pouvant être couverte par une teinte jaune foncée de l'urine. Un artifice très-simple permet de mesurer le moment où il faut arrêter l'addition de l'urine : « Une goutte de ferro-cyanure de potassium ajoutée à la liqueur neutralisée par l'acide chlorydrique indique si tout le cuivre a été précipité. » (Annuaire cité, l. c.) Dans la négative, cette addition donne lieu à une coloration ou à un précipité plus ou moins rougeâtre.

2° Le terme de décomposition de la liqueur cuivrique est surtout difficile à saisir quand, avec peu de glycose, l'urine contient une proportion considérable des matières organiques qu'elle renferme même normalement. Il arrive alors souvent qu'aux premiers moments d'ébullition, le mélange de liqueur cuivrique et d'urine se prend instantanément en une sorte de magma de teinte grise verdâtre, qu'il est impossible de lui faire perdre par une addition même considérable de l'urine diabétique, et pourtant le bioxyde de cuivre n'est point réduit, comme il est facile de s'en assurer d'ailleurs par des expériences appropriées.

3° Une autre difficulté, une cause d'erreur même, c'est que l'acide urique et les urates sont susceptibles de réduire les sels cuivriques en présence de la potasse (Annuaire cité, l. c., p. 577), ce qui conduirait à admettre l'existence du sucre dans une urine qui n'en contiendrait pas.

On évite heureusement ces deux difficultés (2°, 3°) en prenant toujours le soin, avant de procéder à la recherche ou au dosage de la glycose, de séparer par le sous-acétate de plomb, ainsi que le conseille M. Reynoso, toutes les matières que ce réactif est susceptible de précipiter de l'urine, d'enlever ensuite par le carbonate de soude le sel plombique que l'on aurait pu employer en excès, afin d'opérer, avec la solution cuivrique, sur la liqueur ainsi obtenue et convenablement évaporée au bain-marie, si on ne la suppose pas assez concentrée.

Par cette manière on évite, lorsqu'il s'agit d'urine albumineuse, de recourir à l'opération longue et compliquée recommandée par M. Cottereau (Journ. ch. méd., nov. 1850) : évaporation à siccité, pulvérisation du résidu, reprise par l'eau bouillante, concentration... Le sous-acétate de plomb précipite parfaitement l'albumine.

4° A ces faits, indiqués en grande partie dans l'Annuaire de chimie, on pourrait en ajouter d'autres, auxquels je ne m'arrêterai pas cependant, parce qu'il importe beaucoup moins d'y avoir égard pour faire une bonne analyse, et qu'un peu de pratique les fait vite saisir. M. Marchal de Calvi, notamment, a insisté sur la nécessité d'agir avec une liqueur bleue très-fortement alcaline, pour détruire les sels ammoniacaux qui pourraient entrer dans la composition de l'urine et arrêteraient la réduction du sel de cuivre (Acad. des sciences, sept. 1853). La formule de Fehling remplit assez bien et dans tous les cas cette condition d'alcalinité, pour qu'il soit inutile d'y ajouter à chaque essai de la potasse ou de la soude. Je désire seulement faire encore une remarque sur le *titrage* de la solution

cuivrique. Les chiffres indiqués par Fehling et Robiquet sont de l'exactitude la plus rapprochée. D'après le chimiste allemand, 10 équivalents de sulfate de cuivre = 1247,5 sont réduits entièrement par l'équivalent de glycose = 180,0. D'où il suit que 0,692 de sulfate cuivrique cristallisé (contenus dans 20 centimètres cubes de liqueur normale bleue) doivent être décolorés par 0,099846 grammes de sucre de diabète, au lieu de 0,1 gramme indiqué dans la formule, différence bien minime, puisque en calculant le titre d'après le nombre rond 0,1 gramme, on aurait, pour une urine fortement diabétique, par exemple, 99,84 au lieu de 100,0 grammes pour un litre. Mais ce à quoi il importe d'avoir égard, c'est que préparée même avec beaucoup de soin et avec les substances telles qu'on les a ordinairement dans les laboratoires ou le commerce, la liqueur de Fehling peut donner des indications diverses et erronées, et cela parce que, à moins d'une détermination directe, on n'est jamais sûr de la quantité d'eau contenue dans le sulfate de cuivre; de là une cause d'erreurs et de variations plus considérables qu'on ne serait tenté de le supposer, ce qu'il nous serait aisé de démontrer par des chiffres. Ce qui conduit à dire que, dans tous les cas, il est infiniment préférable et convenable de déterminer la valeur de la solution de cuivre, en recherchant combien il faut de glycose pur pour en décolorer 20 centimètres cubes.

Ma lettre, monsieur le Rédacteur, est déjà fort longue, je ne veux pourtant point terminer sans exprimer un dernier fait qui trouve sa preuve dans l'article de Robiquet; je désire constater quels services immenses rendaient à ceux qui s'occupent de sciences MM. Millon et Reiset, en rassemblant dans leur Annuaire les documents épars, tant en France qu'à l'étranger, et combien nous devons regretter que le cours de cette intéressante et précieuse publication ait été interrompu depuis bientôt cinq ans. Dr F... B...

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur le choléra à Gray et son traitement.

Les nombreux cas de gastro-hépatite que nous avons observés l'année dernière dans l'arrondissement de Gray (Haute-Saône), affection qui règne encore aujourd'hui d'une manière endémique, nous rappellent qu'elle régnait aussi avant la terrible épidémie qui a décimé la population de notre localité en 1854.

Cette maladie est surtout digne de remarque pour nous, qui avons

observé et constaté, dans nos deux épidémies, que le foie est bien le siége organique du choléra ; qu'il y a dans les cas actuels, comme dans ceux de choléra épidémique, afflux de sang veineux dans l'organe, afflux d'autant plus considérable dans cette dernière affection que l'artérialisation du sang ne se fait plus.

Cette coïncidence pathogénique, dont nous ne voulons tirer encore aucun mauvais augure, nous engage à revenir sur ce sujet tant usé et rebattu, envisagé de mille manières différentes par les mille médecins qui en ont parlé.

Disons d'abord que ces embarras gastriques, toujours accompagnés d'engorgement hépatique, engorgement indolore, datant peut-être de notre épidémie de 1854, ont depuis guéri en quelques jours par une ou deux applications de dix à quinze sangsues sur la région gastro-hépatique, par un ou deux purgatifs salins additionnés de calomel, des boissons amères et délayantes, des pastilles de Vichy, des frictions stimulantes et résolutives sur l'abdomen. Dans les cas anciens, où il y avait induration de l'organe, nous l'avons heureusement combattue par l'application de l'onguent napolitain associé à l'iode (1 gramme pour 30 d'onguent ; deux applications par jour); enfin, dans les cas plus anciens, plus graves et rebelles, par un vésicatoire pansé avec la même pommade, l'iode n'étant plus qu'à la dose de 1 décigramme ; ou par un emplâtre saupoudré, moitié de poudre de cantharides, moitié de tartre stibié, 50 à 80 centigrammes de chacune des substances ; emplâtre qui réussit admirablement comme résolutif et antiphlogistique dans la pleurésie, la pneumonie et la pleuro-pneumonie.

C'est cette coïncidence de l'engorgement, ou hypertrophie du foie dans les affections gastro-intestinales qui existait, en 1849 et 1854, avant et après l'épidémie qui nous a révélé la pathogénie du choléra, théorie que les anciens avaient entrevue d'une manière vague, puisqu'ils appelaient la maladie peste noire, et du nom plus scientifique et plus vrai de choléra, écoulement abondant de bile.

Cet engorgement du foie, toujours constaté dans deux mille trois cents et quelques observations, nous a suggéré notre théorie, la seule que nous croyons vraie et qui nous a valu des succès aussi beaux que la science peut les espérer même comme résultat du traitement des affections non épidémiques.

Nous citerons seulement notre première observation ; pendant toute la durée de l'épidémie, trois mois et demi, les symptômes furent constamment les mêmes et nos moyens ne varièrent pas.

Obs. Le samedi 9 juin 1854, nous fûmes appelé pour voir un malade, le nommé

S., ouvrier cordier, âgé de trente-six ans, en proie à de fortes coliques, qui l'avaient pris subitement. Nous arrivâmes un quart d'heure après. On nous rapporte que le malade, sans aucune indisposition antérieure, est tombé frappé en travaillant. Dans un état comateux et d'une voix presque éteinte, il nous dit qu'il a eu un étourdissement, qu'il a pu à peine regagner sa demeure. Son facies est décomposé, noirâtre, les yeux enfoncés dans les orbites, entourés d'une aréole plissée et presque noire. Il se plaint de douleur au côté droit, et n'est réveillé de son état comateux que par des crampes, des tranchées et des vomissements de bile vert poireau. Extrémités, facies, haleine et peau glacials; langue épaisse et blanchâtre froide; pouls filiforme, à 160-170; grande soif. Voilà bien un cas de choléra foudroyant tel que nous en observions tous les jours cinquante à soixante, c'est-à-dire à peu près le tiers de nos cholériques. Voici, en quelques lignes, le traitement que nous avons suivi et qui a guéri le malade en huit jours; traitement avec lequel, pour des cas semblables les plus graves, nous avons obtenu quatorze guérisons sur quinze malades. Quinze sangsues sur le côté, soulagement immédiat; lavement purgatif, selles infectes, décomposées; huile de ricin, limonade purgative, qui procurent quinze à vingt selles putrides; boissons à prendre par cuiller à café, dix fois dans une heure; limonade gazeuse, bouillon froid, eau de Vichy, potion cordiale, infusion très-chaude jusqu'à transpiration; pour la provoquer au plus tôt, cruchons d'eau très-chaude autour du corps; frictions d'essence de térébenthine et moutarde pratiquées sur le corps et répétées tous les quarts d'heure; morceaux de glace dans la bouche; eau vinée, café. Vingt-quatre heures après, nouvel engorgement du foie, nouvelle application de sangsues; soulagement immédiat. Le sang est jaunâtre, bilieux; l'estomac étant encombré, la digestion ne se faisant pas, vomitif qui détermine une évacuation d'un litre environ de bile verdâtre. Du cinquième au sixième jour, le malade est hors de danger; il y a eu des sueurs, de la réaction; le pouls est revenu, l'estomac digère; il y a encore deux à trois légers vomissements de bile; les selles étant devenues riziformes, abondantes, affaiblissant le malade, nous les arrêtons par des lavements astringents, répétés chaque heure à mesure des selles, et par la tisane de columbo avec quelques gouttes de laudanum. Huit jours après, le malade se levait avec une faiblesse extrême, inséparable d'une telle affection.

Le sixième jour, sa femme fut prise de cholérine, qui fut guérie le cinquième ou sixième jour; notre traitement fut à peu près le même.

Nous résumerons notre théorie par les propositions suivantes.

Ainsi que nous l'avons écrit en 1849, le principe cholérifère existe dans une atmosphère ou nuage brumeux presque privé d'oxygène, chargé d'azote, nuage atmosphérique que, d'une hauteur, nous avons observé. L'air est tellement raréfié qu'on peut à peine respirer; c'est ce que tout le monde éprouvait ici en 1854, avec lourdeur, somnolence, perte d'appétit, météorisme intestinal, sueurs infectes, engorgement indolore du foie, même chez les personnes non atteintes. Nous l'avons vérifié cinq cents fois.

Dans les cas foudroyants, entraînant la mort en deux ou trois heures, nous en avons eu quelques cas où nous n'avons pu arriver à temps, comme dans les autres, il y a défaut d'hématose; de là les

crampes, l'état comateux, le froid des extrémités, du facies, de la peau, la cyanose, la faiblesse ou l'absence du pouls, abondance de sang veineux qui se porte dans le foie; de là l'hypertrophie, parfois énorme, de cet organe; de là ces vomissements bilieux, ces selles noirâtres si abondantes, le foie ne pouvant fonctionner assez vite, la bile est verte, jaunâtre, répandue dans tout le corps; comme il n'y a ni selles ni vomissements, la mort est très-rapide.

Traitement, 1º *hygiénique*. Etablir des courants d'air, arroser l'appartement d'eau fraîche, faire dégager de l'oxygène, en faire respirer au malade. — 2º *Symptomatique*. Frictions et moutarde, bains de moutarde; provoquer les sueurs par des infusions très-chaudes, faire digérer par les pastilles de Vichy, boire très-peu, sucer de la glace, pour éviter les vomissements; cruchons d'eau chaude autour du corps; provoquer les selles quand elles sont infectes, les arrêter quand elles sont inodores, riziformes, faire vomir quand l'estomac est embarrassé de bile ou de boissons, empêcher les vomissements quand il ne rend qu'à petite dose les boissons qu'il pourrait digérer. — 3º *Organique*. Pour arriver à le faire digérer : dégager l'estomac du volume du foie, quelquefois de la rate, qui le resserrent; pour ce, un traitement antiphlogistique puissant; sangsues répétées chaque jour, vésicatoire, frictions sur la région hépatique, de la pommade d'onguent napolitain iodé, purgatifs à petites doses, répétées chaque heure, les boissons dont nous avons parlé plus haut. Contre l'état comateux, vésicatoire le long de la colonne vertébrale, saupoudré de strychnine.

Nous avons dit ce que nous avons fait pour arrêter ou provoquer les selles et les vomissements; c'est là la véritable question, la pierre d'achoppement où échoue le médecin. Combien de fois n'avons-nous pas vu des cas très-légers de choléra ou de cholérine devenir subitement cas foudroyants et mortels, dès qu'on eut arrêté l'évacuation des matières!

Dans le choléra comme dans toutes les maladies aiguës épidémiques, les sudorifiques sont d'absolue nécessité. Ils déplacent le travail du centre à la périphérie, calment les symptômes nerveux, empêchent la stase du sang dans les viscères principaux, établissent cette période, cette crise salutaire qu'on nomme période de réaction. De plus, ils rappellent la circulation artérielle. Et ce qui est encore aussi efficace, surtout dans le choléra, c'est d'éliminer les miasmes putrides refroidissant et décomposant le sang, et d'être suivis d'éruptions cutanées, généralement la suette, qui ont toujours été, ainsi que nous l'avons observé dans l'épidémie de 1849 comme dans celle

de 1854, un moyen éliminatoire puissant. Ces sueurs accompagnées d'éruption ont toujours été un préservatif de la maladie, et chez les malades gravement atteints un signe certain de la période de réaction, du retour de la circulation artérielle, en un mot, d'une amélioration notable immédiate dans l'état des malades.

Toute éruption à la peau, comme la suette, est donc un préservatif du choléra. En effet, nous n'avons jamais vu dans notre localité de personnes atteintes de la suette devenir cholériques.

Telle est notre théorie, notre traitement rationnel du choléra. Il nous a été permis de l'appliquer seul dans la commune d'Ancier, proche de la ville, où seul, matin et soir, nous avons donné nos soins en août et septembre 1854. Quand nous fûmes appelé, les huit premiers malades, vus par d'autres confrères, étaient morts. Nous prîmes le service à condition que seul nous exercerions. Comme on savait déjà nos succès, cela nous fut de suite accordé. Nous avons eu cent soixante-dix-huit cas légers et graves; — la mortalité fut de neuf ou dix, savoir: trois enfants au-dessous de deux ans, deux vieillards, deux malades déjà affectés d'autre maladie, et deux cas foudroyants, morts avant notre arrivée. Un tel résultat paraîtrait incroyable s'il n'avait été constaté à la mairie de la commune, et envoyé à la sous-préfecture.

D[r] Paris, D. M.
à Gray (Haute-Saône).

Observation de hernie étranglée réduite par l'emploi des réfrigérants.

En ce qui touche la médecine pratique, trop souvent les tentatives nouvelles font oublier les enseignements qui les ont précédées. Malgré les résultats remarquables présentés par M. Seutin, à l'appui de sa méthode ingénieuse pour lever l'étranglement, je n'hésite pas à rappeler l'attention de nos confrères sur l'article de M. Baudens sur l'efficacité de la glace combinée avec la compression dans les cas de hernies étranglées (tome XLVI, page 495), et à vous adresser une observation toute récente d'une affection semblable dont la réduction s'est opérée d'elle-même, à notre grande satisfaction, sous l'influence si salutaire des réfrigérants. Comme cette réduction s'est effectuée sans la glace, agent qu'il est à peu près impossible de se procurer dans nos campagnes pendant la plus grande partie de l'année, il nous semble utile de faire connaître les moyens qui nous ont réussi et qui, dans des circonstances analogues, pourront atteindre le même but. Voici le fait :

Obs. Le 12 mai dernier, je fus appelé au milieu de la nuit, en la commune de Quessoy, à 8 kilomètres de notre ville, pour porter secours au nommé Jean Mahé, homme d'une quarantaine d'années, affecté depuis quelques heures d'une

hernie qu'il n'avait pu réussir à réduire. Cet homme, que je connaissais, portait effectivement depuis plusieurs années une hernie inguinale gauche, pour laquelle je lui avais conseillé l'usage d'un bandage ; mais il était arrivé chez notre malade ce qui n'arrive que trop fréquemment chez les gens peu aisés, qui négligent de renouveler leurs bandages alors qu'ils sont usés, et ne remplissent plus que très-imparfaitement le but auquel on les destine. Aussi chez Mahé, sous l'influence de quelques efforts de toux, l'obstacle avait été subitement franchi par une grande masse intestinale, des vomissements s'étaient aussitôt déclarés, qui n'avaient fait qu'aggraver la position de notre malade, et sur les deux heures, lorsque j'arrivai près de lui, je le trouvai en proie à une très-grande anxiété, présentant une hernie énorme, la plus volumineuse probablement que j'aie jamais rencontrée. Après m'être enquis des circonstances particulières qui auraient pu prédisposer ce malade à un état aussi fâcheux et avoir appris de lui qu'il s'était beaucoup fatigué les jours précédents, par suite de travaux pénibles, je me mis en devoir d'essayer le taxis. Je ne tardai pas à reconnaître que de grandes difficultés allaient entraver cette réduction. D'abord, comme je l'ai dit, la hernie était énorme, tellement que mes doigts ne l'enveloppaient que très-imparfaitement, et se fatiguaient promptement, à mesure que je m'efforçais de malaxer en quelque sorte cette monstrueuse tumeur, dure, tendue, rénitente et douloureuse.

Voyant mes efforts impuissants, je pris le parti de pratiquer une large saignée de bras, moyen qui, par le relâchement qu'il procure, favorise assez souvent, ainsi que je l'ai plusieurs fois éprouvé, la rentrée de l'intestin. Mais cette fois mes nouvelles tentatives après cette saignée ne furent pas plus heureuses.

Dans cet état de choses, je me trouvai donc en quelque sorte forcé de différer jusqu'à nouvel ordre mes essais de réduction. J'engageai le malade à couvrir la tumeur de compresses *d'eau froide fréquemment renouvelée*, et je lui proposai de ramener avec moi, quelques heures plus tard, un confrère, afin d'unir nos efforts communs pour tenter une réduction qui s'annonçait devoir être pleine de difficultés. Effectivement, ce même jour, 12 mai, je me retrouvai près de notre malade sur les neuf heures du matin, accompagné cette fois de M. le docteur Bedel, vieux praticien sur les lumières duquel j'avais droit de compter en pareille circonstance. Le confrère, après avoir été frappé tout d'abord de l'énormité de cette hernie, essaya, et moi encore après lui, le taxis, mais toujours sans succès. Il me vint en ce moment à l'esprit de lui proposer l'emploi de *douches d'eau froide*, moyen qui, quelques années auparavant, nous avait réussi, à feu notre regrettable collègue Bonjour et à moi, dans un cas où tous les autres moyens nous avaient fait défaut. Notre malade fut en conséquence étendu sur le sol même de l'endroit où il reposait, et d'une hauteur d'au moins 1 mètre 50 je versai à deux reprises différentes sur la tumeur, pendant trois à quatre minutes chaque fois, plusieurs litres d'eau froide. Sous l'influence de ces douches, qui l'impressionnaient vivement, il nous sembla que la tumeur devenait un peu moins rénitente; mais les nouveaux essais que nous fîmes pour la réduire n'en demeurèrent pas moins sans résultat. Dans une circonstance aussi fâcheuse, voyant d'ailleurs les forces de notre malade s'affaiblir, les tentatives de réduction devenant de plus en plus douloureuses et pouvant amener par elles-mêmes de graves accidents, nous vîmes forcés de renoncer encore une fois au taxis. Dès lors mon collègue, le docteur Bedel, pensa comme moi, que ce qu'on pouvait faire de mieux dans le moment actuel, c'était de persévérer dans l'emploi des réfrigérants. Il fit, d'ailleurs, placer le malade dans une position

convenable et de manière que la tumeur pressât de son propre poids sur l'anneau, et il fut décidé qu'on rendrait l'eau, avec laquelle on imbiberait les compresses destinées à recouvrir la tumeur, et plus froide et en quelque sorte plus astrictive, en la mélangeant de vinaigre et la saturant de sel commun. Voici ce qui arriva, sous l'influence de ce traitement, à notre grand étonnement, — car, en quittant le malade, nous nous préoccupions déjà des chances et des dangers d'une opération qui nous paraissait presque inévitable, — c'est que ce même jour, cinq heures environ après notre départ, c'est-à-dire vers les quatre heures, la hernie se réduisait d'elle-même. Je n'appris ce résultat que le lendemain matin, au moment où je me disposais à retourner près du malade, et lorsque j'annonçai cette nouvelle à mon confrère, il s'écria que c'était un événement des plus heureux pour ce malade, car pour lui il n'avait pas osé se flatter d'une terminaison aussi prompte et aussi favorable.

En résumé, il nous semble donc ressortir de cette observation, et en partant du même principe que le docteur Baudens, que les réfrigérants, tels que les douches d'eau froide et l'emploi fréquemment répété de compresses imbibées d'eau vinaigrée et salée, peuvent, à défaut de la glace, remplacer ce sédatif puissant dans le traitement des hernies étranglées, surtout lorsqu'il existe, comme dans l'observation que nous citons, un engouement fortement prononcé.

Besnier, D. M.
à Lamballe.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de pharmacie et art de formuler, contenant les principes élémentaires de pharmacie, les tables synoptiques des substances médicamenteuses tirées des trois règnes, avec leurs doses et leurs modes d'administration, des eaux minérales employées en médecine, des substances incompatibles, les indications pratiques nécessaires pour composer de bonnes formules, suivi d'un formulaire de toutes les préparations iodées publiées jusqu'à ce jour, par M. Deschamps (d'Avallon), pharmacien de la maison impériale de Charenton, etc., etc.

Bien que ce titre soit un peu long, nous l'avons reproduit *in extenso*, parce que mieux, que nous ne le pourrions faire et plus simplement surtout, il dit toute la substance de l'ouvrage dont nous voulons parler. Ce cadre n'a rien d'original, sans doute, c'est le moule commun d'un grand nombre de livres de ce genre; mais ce qui le distingue tout d'abord de plusieurs, c'est le travail consciencieux dont il porte la noble empreinte, c'est le parfum d'honnêteté qui en embaume toutes les pages. Fort irrespectueusement on a défini le pharmacien : *animal benè faciens partes, et lucrans mirabiliter*. C'est très-mal. Cette boutade, qu'on n'a jamais dû prendre au sérieux, manque de vérité, aujourd'hui surtout que le corps honorable de la pharmacie compte tant d'hommes d'un vrai mérite, et qui, comme ils en ont le droit, font payer leur valeur. Il y a cependant une tâche à cette gloire, c'est, suivant nous et suivant l'auteur,

la spécialité. M. Deschamps, au risque de se faire mettre au ban des Fontanaroses de la chose, n'a pas craint de s'attaquer avec force et avec l'indignation de l'honnête homme à cette industrie coupable. Nous partageons entièrement sur ce point sa haine vigoureuse ; et à sa place nous n'eussions mis dans l'expression de notre pensée à cet égard aucun tempérament. Pour nous, un chat eût été un chat et Rolet un fripon. Nous trouvons dans le Manuel de pharmacie un paragraphe où l'auteur, comme s'il craignait d'aller trop loin, cherche à justifier la spécialité ; mais cette justification même en est la plus sanglante vitupération ; écoutez plutôt : « Pour nous, la spécialité est un mal qui devient nécessaire ; elle convient aux malades, au plus grand nombre des médecins et à beaucoup de pharmaciens. Les premiers achètent les produits avec espoir ; les seconds les prescrivent sans inquiétude, sans efforts de composition, et souvent avec bonheur ; les troisièmes aiment à les vendre, parce qu'ils y trouvent de l'avantage. Que faire alors pour lutter contre de telles impossibilités ? Comment prouver aux malades qu'ils sont dans l'erreur ? Comment dire aux médecins qu'ils compromettent leur réputation, qu'ils font peu d'honneur à leur instruction ? Comment faire comprendre aux pharmaciens qu'ils n'agissent pas dans l'intérêt général, et que leur manière d'opérer fait le plus grand mal à la réputation des pharmaciens ? » Comment tout cela ? Eh ! mon Dieu, en faisant ce que vous faites, en montrant qu'agir ainsi c'est mentir, c'est tromper, c'est bisauter les cartes, que nous appelons des ordonnances. Comment encore ? Ici l'intervention du gouvernement serait nécessaire ; ce serait d'interdire aux journaux politiques l'exhibition quotidienne de remèdes nuls ou dangereux, ou qui, quand ils sont efficaces, ne peuvent être utilement employés qu'à la condition qu'ils soient prescrits par des hommes qui en sachent saisir les indications. Au reste, qu'on lise dans le Manuel de M. Deschamps les considérations générales qui sont en tête de la deuxième partie de son livre, et l'on verra que tout ceci est fort sérieux, et que la voie dangereuse dans laquelle nous nous engageons imprudemment ne doit aboutir à rien moins qu'à la déchéance de la médecine et de la pharmacie, si nous ne nous arrêtons à temps.

C'est parce que nous avons compris toute la portée de la question soulevée par l'honorable pharmacien de la maison de Charenton, que nous n'avons pas craint d'applaudir hautement à sa généreuse initiative, et de nous efforcer de gagner à sa cause quelques-uns des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

Maintenant que nous avons, non pas rempli cette tâche, mais au

moins montré que nous en comprenons l'importance, examinons succinctement la partie scientifique proprement dite du livre. Le but principal que s'y est proposé le consciencieux auteur, c'est d'expurger la matière médicale d'une foule de formules fausses, pleines de contradictions, qui ont cours dans la pratique commune; peut-être l'auteur s'est-il montré un peu sévère sur ce point, mais on ne peut s'empêcher de reconnaître que, dans beaucoup de cas, sa critique porte juste. Il est surtout un agent thérapeutique, agent remarquable entre tous, à propos duquel il a largement appliqué ce travail d'épuration : cet agent, c'est l'iode. Dans l'ouvrage de M. Boinet, dont nous parlions dernièrement, on trouve un large formulaire consacré aux préparations iodiques; en homme spécial, M. Deschamps a encore ajouté à ce travail : c'est là désormais qu'il faudra aller chercher les règles les plus sûres pour l'iodothérapie.

Les médecins ne brillent pas ordinairement par leurs connaissances pharmaceutiques; le petit livre du pharmacien distingué de Charenton sera un excellent guide à qui voudra suppléer sur ce point aux lacunes de l'instruction officielle que les médecins puisent dans les facultés.

Puisque le titre développé de l'ouvrage de M. Deschamps nous permet de courir aux questions qu'il a le plus élucidées, sans passer par les intermédiaires, allons maintenant à ses tableaux synoptiques, qui sont si précieux pour le médecin affairé, qui est obligé de marchander le temps qu'exige la méditation. Dans ces tableaux, qui nous ont paru complets, les médicaments sont classés sous trois divisions capitales, et qui embrassent les agents empruntés au règne végétal, au règne animal, et, enfin, au monde inorganique. Une indication succincte des principales eaux minérales termine cet utile compendium, qui comprend par ordre alphabétique tous les agents de la matière médicale. Un homme aussi consciencieux que M. Deschamps, et qui sait ce qu'il font, ne pouvait point ne pas apporter l'exactitude la plus scrupuleuse à la confection d'un travail, où les manquements peuvent avoir des conséquences si graves. Aussi croyons-nous que dans nulle autre composition de ce genre on rencontrât plus de précision. Il faudrait se livrer à un travail de critique à la loupe pour y saisir quelques taches. Pour ce qui est de l'appréciation de la partie thérapeutique des médicaments, bien qu'en général l'auteur se soit toujours adressé aux sources les plus pures avant de formuler ses jugements, nous y signalerons quelques *desiderata*. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que son appréciation des propriétés du sous-azotate de bismuth nous paraît incomplète. Quel-

ques mots seulement sont consacrés à ce modificateur puissant du tube digestif; puis au tableau synoptique des agents empruntés à la chimie, après avoir nommé la diarrhée et la gastralgie comme étant les maladies qui en appellent l'emploi, il se contente d'ajouter: *peu actif*. Et les travaux de M. Monneret, est-ce qu'ils sont non avenus? Et la pratique de tous les jours, est-ce qu'elle ne montre pas que les choses ne se passent pas ainsi? La raison de l'erreur où est tombé M. Deschamps sur ce point, c'est qu'il en est resté aux doses où, au commencement de ce siècle, on employait ce médicament. Mais depuis que le médecin laborieux de Necker a démontré que ces doses étaient insuffisantes, les choses ne vont plus de même: le sous-nitrate de bismuth est devenu l'un des plus précieux agents de la matière médicale. Que M. Deschamps veuille suivre plus attentivement l'action de ce médicament employé par une main habile, et il s'assurera qu'en relevant cette erreur nous n'avons été que juste.

Nous n'avons pas besoin, d'ailleurs, de nous justifier vis-à-vis d'un homme aussi probe que M. Deschamps. Comme nous, il n'a pour but que la vérité: heureux l'auteur à qui le poids de celle-ci est si léger!

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi du bicarbonate de soude dans l'angine couenneuse. — Les réflexions critiques dont nous avons fait suivre en son temps le fait rapporté par M. Marchal, de Calvi, à l'appui de l'emploi des alcalins dans le traitement de l'angine couenneuse, nous font un devoir de revenir sur cette question, aujourd'hui qu'une communication détaillée de M. Baron sur ce traitement particulier, que la publication de faits assez nombreux recueillis dans son service par M. Laigniez, paraissent donner à ce mode particulier de traitement une consécration pratique qui lui faisait défaut jusqu'à présent.

Un mot d'abord sur le mode d'administration. C'est à l'eau de Vichy que M. Baron donne la préférence: une ou deux bouteilles, suivant l'âge, à prendre dans les vingt-quatre heures; et souvent en même temps, selon l'intensité de l'inflammation et l'imminence du danger, une potion contenant 1 ou 2 grammes de bicarbonate; et lorsqu'il y a beaucoup de fièvre, lorsque l'inflammation est intense ou étendue, ou rapidement envahissante, deux de ces potions sont données en vingt-quatre heures. La quantité de bicarbonate est augmentée si les urines ne deviennent pas alcalines. Pour un adulte, la dose est de 4, 5, 6 et 10 grammes; elle doit être d'autant plus forte,

d'après M. Baron, que la maladie est plus intense et que son siége exige un plus prompt soulagement. Lorsqu'on l'a administré d'abord à forte dose, il est prudent de diminuer aussitôt qu'une amélioration notable est obtenue, afin de ne pas s'exposer à produire sur le tube digestif un malaise qui pourrait forcer à suspendre l'emploi du médicament. La boisson alcaline est ordinairement continuée, à la même dose, pendant trois ou quatre jours au delà de la disparition complète de l'exsudation pseudo-membraneuse et la dose est ensuite diminuée graduellement pendant trois ou quatre jours; toutefois si la fièvre persiste, l'alcali doit être continué, tant qu'elle dure, et un peu au delà de leur cessation.

C'est surtout dans la forme d'inflammation franche avec réaction générale prononcée, teinte rouge cerise des membranes enflammées, soit au-dessous, soit autour des couennes, turgescence des tissus, couenne dense, blanche, un peu saillante au-dessus de la surface de la membrane, chez les sujets doués d'une constitution sanguine, que le succès par les alcalins est le plus manifeste, au dire de M. Baron. C'est ordinairement, dit-il, de vingt-quatre à soixante heures après le début du traitement que l'amélioration commence à se manifester, de cinq à dix jours après le début que la disparition complète des fausses membranes est obtenue. M. Baron ne note, du reste, aucun accident à la suite de ce traitement qu'un peu de diarrhée, très-rarement de la pesanteur d'estomac ou des vomissements. Un fait assez curieux, en rapport avec ce traitement, s'il était bien authentique, c'est que l'alcalinité des urines paraîtrait être une condition *sine qua non* de la disparition définitive des fausses membranes. Des malades entièrement débarrassés de leurs fausses membranes les auraient vu reparaître du jour au lendemain, dès que les urines reprenaient leur acidité.

Le bicarbonate de soude ne paraîtrait pas agir seulement contre l'angine couenneuse développée, mais aussi comme prophylactique. M. Laigniez rapporte dans sa thèse inaugurale que la moitié des enfants trouvés soumis à l'eau de Vichy, à faible dose, n'ont présenté en 1853–54 qu'un très-petit nombre d'exemples de diphthérite de peu d'intensité et qui cédèrent très-facilement à l'administration du traitement curatif, tandis que chez les autres les maladies diphthéritiques furent communes et graves. Plus tard, lors de l'épidémie de croup de 1855, l'emploi de l'eau de Vichy comme moyen préventif empêcha la propagation de la maladie. On comprend, du reste, combien il faut apporter de réserve dans l'appréciation de la valeur des traitements prophylactiques; toutefois, sans admettre

complétement cette propriété préservatrice, nous ne verrions pour notre part aucun inconvénient à faire prendre aux enfants, dans le cours d'une épidémie plus ou moins violente, un ou deux verres d'eau de Vichy par jour.

De tous les faits consignés dans sa thèse par M. Laigniez, le plus intéressant sans aucun doute au point de vue du traitement curatif par le bicarbonate, est le sien propre, dans lequel l'eau de Vichy, commencée au milieu d'accidents fort graves : fièvre intense, angine couenneuse très-prononcée, voix voilée, déglutition et parole difficiles, a produit une grande amélioration dans son état dès le lendemain; malheureusement une application de dix sangsues aux malléoles vient compliquer beaucoup la question et faire se demander si les sangsues n'auraient pas le principal rôle à réclamer dans cette terminaison si rapidement favorable. Des autres observations, il en est, et le plus grand nombre, dans lesquelles le peu de gravité des accidents explique la rapidité de la cure, qui peut aussi être rattachée aux effets de la nature.

Pour donner cependant à nos lecteurs une idée du traitement suivi par M. Baron et de ses effets, nous donnerons l'observation suivante :

Le 11 décembre dernier est entré dans les salles de M. Baron le nommé M... (Ernest), âgé de neuf ans. Le 12, à la visite, il ne présente qu'un peu de fièvre; il souffre légèrement de la gorge: ganglions sous-maxillaires fortement augmentés de volume et douloureux; isthme du gosier sec et rouge, sans fausses membranes; un peu d'abattement. Le 13, pseudo-membranes recouvrant les deux amygdales, assez épaisses, très-adhérentes; la douleur de gorge a beaucoup augmenté; déglutition difficile; l'émission de la parole paraît fatiguer beaucoup le malade. Pouls irrégulier, 104 pulsations à la minute; peau chaude, plutôt sèche qu'humide.

Potion comme suit :

Infusion de mauve............	100 grammes.
Bicarbonate de soude..........	3 grammes.
Sirop de gomme ou de guimauve..	30 grammes.
Eau distillée de feuilles d'oranger.	15 grammes.

Et, de plus, une bouteille d'eau de Vichy. — Diète.

Le 14, isthme du gosier gonflé et rouge; encore une fausse membrane sur l'amygdale droite; ganglions sous-maxillaires comme hier. L'enfant se trouve mieux, peu de fièvre, inappétence. (Même prescription, plus un demi-litre de bouillon de poulet.)

Le 15, un peu de ronflement dans la poitrine; les fausses membranes ont disparu. (*Ut supra.*)

Le 16, mieux sensible, l'appétit reparaît et se maintient. Le 17, la fièvre est tombée, l'isthme du gosier a repris presque ses caractères normaux. (Eau de Vichy, une bouteille; une portion.) Le 18, les ganglions ont disparu complétement. L'enfant sort guéri le 23.

COXALGIE TRAITÉE SANS SUCCÈS PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES, LES VÉSICATOIRES, LES APPLICATIONS CALMANTES, ETC.; EMPLOI DE L'EXTENSION CONTINUE; GUÉRISON. — Dans le traitement des maladies des articulations, il est une précaution dont on ne tient généralement pas assez compte, c'est de placer l'articulation malade dans le repos le plus absolu. Qu'importe que le malade garde le lit, si dans les mouvements automatiques, si dans les déplacements qu'il faut nécessairement lui imprimer, l'articulation est abandonnée à elle-même? C'est pour ne pas s'être bien pénétrés de cette nécessité que beaucoup de chirurgiens échouent, là où un chirurgien plus prudent et plus avisé réussira complétement. Une autre particularité non moins importante, c'est de ramener, autant que possible, l'articulation à sa situation normale et principalement à l'extension, qui, sans être toujours indispensable, est cependant, d'une manière générale, la position la plus favorable. A l'appui des deux propositions qui précèdent, nous rapporterons l'observation suivante, dans laquelle on voit une coxalgie, traitée sans succès pendant longtemps par divers moyens, guérir rapidement sous l'influence de l'extension continue.

Louis Grassi, jeune garçon habituellement bien portant, mais d'un tempérament lymphatique assez prononcé, avait éprouvé, au mois de mars 1850, et sans cause connue, une douleur vive dans l'aine gauche, douleur qui disparut en peu de jours après l'emploi d'une pommade sédative. Nouvelle atteinte de cette même douleur au mois de septembre suivant; elle dura également très-peu de jours et céda au même traitement et au repos. Quatre mois après, au milieu de janvier 1851, la douleur reparut, mais cette fois avec une plus grande intensité. Un moment calmée, elle s'exaspéra au mois de février et força bientôt le jeune malade à prendre le lit. Des sangsues en grand nombre, des vésicatoires, la diète, les purgatifs, le repos, réussirent à calmer les accidents les plus aigus; néanmoins, dans le but de modifier son tempérament lymphatique, on l'envoya prendre les bains de mer, le 30 juin. En passant à Pise, on consulta le professeur Burci, qui, reconnaissant un commencement d'allongement du membre malade et un peu d'épanchement dans l'articulation coxofémorale correspondante, conseilla, en outre, l'application d'un cau-

tère sur le flanc gauche. Sous l'influence de ces moyens, telle fut l'amélioration que, au mois d'août suivant, le membre avait repris sa longueur et le rétablissement était complet.

Cette guérison ne fut pas de durée. Soit que les prescriptions hygiéniques n'eussent pas été rigoureusement observées, soit que le mal n'eût fait que trêve à son intensité, vers la fin du mois d'octobre, on s'aperçut que le membre inférieur gauche était plus long que le droit d'au moins un demi-pouce, et que la douleur de l'aine augmentait tous les jours d'intensité, et s'accompagnait d'une douleur très-vive à la face interne de l'articulation fémoro-tibiale correspondante. Comme les parents habitaient alors la campagne, le traitement fut assez mal suivi, et ce ne fut qu'à son retour, le 29 novembre 1851, que M. Zannetti put constater l'état fâcheux dans lequel se trouvait le jeune malade. Les douleurs de l'aine et du genou étaient surtout très-vives, au point que le sommeil était impossible; les contractions spasmodiques qui s'opéraient dans le membre malade ajoutaient à cet état de souffrance.

Après avoir employé des calmants et des narcotiques, M. Zannetti en vint aux saignées locales, aux vésicatoires larges et répétés, aux rubéfiants, aux calmants: diète, repos absolu, purgatifs, etc. Tout cela n'empêcha pas que vers le milieu de janvier dernier, il se produisit un raccourcissement notable du membre malade, en même temps que la douleur persistait dans le genou, au pli de l'aine et dans la région ilio-trochantérienne, qui était dure et tuméfiée. Cet état douloureux persista avec quelques variations jusqu'à la fin de février. A cette époque, le malade était un peu mieux sous le rapport des douleurs, cependant il ne pouvait remuer les membres inférieurs que tout d'une pièce et avec le tronc, et la région ilio-trochantérienne était le siége d'un gonflement produit par la tête du fémur, que l'on sentait, en haut et en arrière, à la face externe de l'os iliaque, sur le col de cet os et le grand trochanter. Du reste, la pression était possible et peu douloureuse à ce niveau.

Déjà M. Zannetti avait constaté, quelques mois auparavant, qu'en immobilisant le membre on diminuait beaucoup les souffrances. Cette fois il put s'assurer que l'on pouvait, sans difficulté et sans douleur, exercer une traction légère sur le pied, et que le membre pouvait être ainsi allongé d'une manière sensible. Cette tentative fut pour lui un trait de lumière: néanmoins, avant d'en venir à l'extension, il crut devoir appliquer un cautère sur l'articulation. Enfin, le 1er mars, comme le malade dépérissait sensiblement, M. Zannetti ne crut pas pouvoir hésiter plus longtemps à pratiquer l'extension

du membre, qui était raccourci de six travers de doigt environ, à l'aide d'une longue attelle qui servait à faire l'extension et la contre-extension. Pour l'extension, le point d'appui fut pris non pas tant sur l'articulation tibio-tarsienne que sur les condyles du fémur au-dessus du genou, afin d'éviter des tiraillements douloureux à l'articulation tibio-tarsienne. Chose curieuse ! cet appareil fut parfaitement supporté, et, de jour en jour, on put augmenter l'extension, au point que, le quinzième jour, le membre avait recouvré la longueur de celui du côté opposé, en même temps que la tumeur de la région ilio-trochantérienne avait disparu, et que la tête de l'os était rentrée dans sa cavité naturelle. Les douleurs avaient cessé entièrement ; cependant il eût été peut-être imprudent de faire lever le malade sans continuer l'extension. En conséquence, M. Zannetti fit fabriquer un appareil d'extension continue qui permettait au malade de sortir de son lit et de se soutenir sans appuyer sur le membre malade. Cet appareil fut appliqué le 5 mai et très-bien supporté. Le jeune malade l'a porté jusqu'au mois d'octobre dernier ; d'abord, il ne marchait qu'appuyé sur le bras de parents ou d'amis ; plus tard, on lui a permis de marcher avec une petite canne ; enfin le rétablissement est complet.

Nous n'ajouterons que quelques mots pour faire remarquer que l'extension continue, dont les effets ont été si remarquables dans le cas précédent, et qui a agi, en réalité, en immobilisant le membre, en même temps qu'elle réduisait la tête de l'os, n'a été employée qu'après l'usage des moyens habituellement recommandés dans le traitement de la coxalgie, et après la chute des accidents aigus. Nous ne doutons pas, qu'employée plus tôt, elle n'eût immédiatement ranimé l'inflammation articulaire et qu'elle n'eût, par conséquent, compromis gravement le succès. C'est donc un moyen puissant, mais qui demande dans son emploi une grande prudence.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Aliénation mentale *avec chorée dans un cas de rhumatisme articulaire; guérison par le sulfate de quinine à haute dose.* On sait que dans ces derniers temps l'attention a été plus particulièrement fixée par MM. Bourdon et Vigla sur les accidents cérébraux qui peuvent survenir dans le cours d'affections rhumatismales. Ces accidents paraissent se rapporter à deux catégories distinctes : 1° dans l'une le délire se montre avec tous les symptômes de la méningite et laisse après lui les lésions anatomiques de cette affection ; 2° dans l'autre, le délire, apparaissant d'une manière brusque et imprévue, est bientôt suivi d'agitation, de mouvements convulsifs, d'un trouble profond dans les principales fonctions, et peut devenir mortel dans l'espace de quelques heures. Peut-être encore y a-t-il des cas dans lesquels

le délire, qui se montre dans le cours du rhumatisme, rappelle assez bien le délire sympathique ou nerveux d'un grand nombre des maladies aiguës ou fébriles, et mérite d'être distingué des formes précédentes quant à la manifestation, les caractères et la moindre gravité du pronostic.

Le fait que vient communiquer M. Mesnet est plus curieux encore en ce que, dans le cours d'une affection rhumatismale à forme vague et erratique; un voit chez un jeune homme de vingt trois ans, qui a éprouvé des pertes d'argent, survenir des troubles de l'intelligence, d'abord de la tristesse, de la morosité, puis de l'agitation, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, enfin, des mouvements choréiques, coïncidant avec du délire, une grande variabilité dans le rhythme du pouls, toujours un peu fréquent néanmoins. Au moment où les jointures des genoux d'abord, puis des épaules se fluxionnèrent, l'intelligence subit comme une sorte de collapsus, caractérisé par l'hébétude, la lenteur des réponses, la difficulté à trouver les mots, à rassembler les idées, l'indifférence que le malade portait à tout ce qui se passait autour de lui. Quelques jours après, une relation évidente s'établit entre l'état cérébral et les douleurs articulaires; quand celles-ci disparaissaient, l'intelligence était plus lente, plus obscure; quand elles envahissaient de nouveau les jointures, le malade était moins préoccupé, moins taciturne; puis l'affaissement fit place à de l'agitation, de la violence, des hallucinations de la vue, de l'ouïe, des illusions, des conceptions délirantes; il se croyait soupçonné, poursuivi, victime de machinations, etc. Le délire, en changeant de caractère, garda la forme paroxystique, alternant avec l'état des jointures d'une manière régulière; mais aussitôt que les symptômes choréiques se montrèrent, les troubles cérébraux devinrent permanents. Pendant tout ce temps, la peau était sèche, le pouls assez large, sans grande fréquence, langue humide, ventre souple, miction facile et volontaire.

Ces désordres si variés, ces lésions étendues tout à la fois aux facultés intellectuelles et à l'appareil locomoteur, sans troubles parallèles vers les autres grandes fonctions, ne pouvaient être imputés à une méningite; les rattacher à un délire sympathique était l'hypothèse la plus concluante et la plus vraisemblable. Sous l'empire de cette idée, le sulfate de quinine, administré pendant cinq jours à doses progressives de 0,40 à 1 gramme, amena rapidement une modification telle dans l'état du malade que les craintes se changèrent en espérances. Les mouvements choréiques, l'agitation, les hallucinations des sens, les conceptions délirantes disparurent; mais l'intelligence resta obscure, comme les premiers jours de la maladie. Cet état de stupidité, de démence aiguë, se dissipa lui-même peu à peu, à mesure que les forces et la santé reprirent le dessus; aujourd'hui l'intelligence est entière et le malade peut reprendre ses occupations, ses habitudes. (*Arch. de Méd.*, juin.)

Corps étrangers articulaires (*Nouveau procédé pour fixer les*). Déjà plusieurs procédés ont été imaginés pour fixer les corps étrangers articulaires; tous nos lecteurs connaissent le trident de M. le professeur Jobert (de Lamballe), qui paraît remplir parfaitement son objet. M. Wolff vient d'imaginer un moyen plus simple, du moins quant à l'appareil instrumental, puisqu'il n'a besoin que d'une forte serre-fine.

Obs. Un ouvrier cordonnier, âgé de vingt-sept ans, éprouvait depuis environ trois ans dans le genou gauche des douleurs plus ou moins vives, qui parfois prenaient subitement une intensité extrême. Le malade avait découvert lui-même un corps mobile dans son articulation. Lorsqu'il fut examiné, le 15 novembre dernier, il venait de faire un voyage à pied, pendant lequel ses douleurs avaient augmenté beaucoup en intensité et en fréquence. Le corps étranger avait à peu près la forme et le volume d'un haricot; il était lisse sur ses faces et mobile dans tous les sens; l'articulation contenait un peu d'épanchement; la pression était douloureuse à la partie interne. Le malade garda le repos dans son lit pendant deux jours, et appliqua des fomentations froides sur le genou. Le corps étranger fut ensuite poussé le plus possible en bas et en dedans dans le cul-de-sac interne de la synoviale; du pouce de la main gauche, le chirurgien l'empêcha de remonter en exerçant une pression au-dessous de lui, tandis que de la main droite il saisissait le corps étranger et les parties qui le recouvraient entre les mors d'une forte serre-fine; un cerceau fut employé pour éviter le déplacement de l'instrument par les couvertures. Les jours suivants, le malade garda le lit, mais il n'éprouva dans le

genou que des douleurs légères. A partir du sixième jour, ces douleurs devinrent plus vives, en même temps que survinrent de la tuméfaction et de la rougeur autour du corps étranger. Le jour suivant, les choses étant dans le même état, on enlève la serre-fine et l'on applique pendant deux jours une vessie remplie de glace. Les petites plaies produites par les branches de l'instrument suppurèrent fort peu; le gonflement et la douleur disparurent. Le neuvième jour, on applique un pansement fait avec des bandelettes de diachylon et destiné à empêcher le corps étranger de remonter. Le malade peut marcher. Au bout de quatre jours, on enlève le pansement. Le corps étranger est si bien adhérent aux parties voisines qu'il ne peut plus être déplacé. Un nouveau pansement est appliqué, et le malade se met en voyage pour son pays. (*Deutsche Klinick* et *Jour. de méd. de Bruxelles*, juin.)

Fièvres intermittentes *rebelles traitées avec succès par les frictions alcooliques générales.* Nous avons appelé à plusieurs reprises l'attention de nos confrères sur le traitement des fièvres intermittentes recommandé par M. Bellencontre, traitement qui consiste, on le sait, en des frictions faites sur la colonne vertébrale avec un mélange d'essence de térébenthine et de laudanum. Mais est-ce bien au mélange qu'il faut faire honneur de la guérison? N'est-ce pas plutôt aux frictions? C'est ce qui paraît résulter des changements qui ont été apportés à la composition du mélange, et qui n'en ont pas cependant empêché les bons effets, et ce que semblent prouver quelques essais tentés par un ancien chirurgien de la marine, M. Lallour.

Se trouvant en effet à Taïti, au mois de novembre 1848, la quinine vint à manquer à sa petite pharmacie. Notre confrère avait cependant à soigner plusieurs de ses hommes qui avaient été pris de fièvre assez violente en travaillant sur le bord d'un lac voisin. Les frissons étant très-douloureux et se succédant à d'assez fréquents intervalles, il prit le parti de frictionner ces malades des pieds à la tête avec l'alcool camphré soir et matin, surtout après l'accès, et de leur faire boire ensuite une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger fraîches, aiguisée d'un filet de rhum ou de bonne eau-de-vie. Lorsque la quinine arriva, tous les hommes étaient guéris. Dans l'intervalle, M. Lallour avait commencé sur lui-même ces frictions après le troisième accès; la fièvre disparut après la première friction, comme pour les premiers malades; seulement le traitement fut continué huit jours de suite. Les accès ne reparurent plus.

Encouragé par un précédent aussi heureux, M. Lallour fait encore usage de ces frictions tant avec l'alcool camphré qu'avec l'alcool de mélisse ou d'autres labiées ou plantes aromatiques, et il rapporte le fait de deux jeunes femmes débarrassées ainsi de fièvres intermittentes persistantes, la première immédiatement, la deuxième après avoir eu deux accès à intervalle de douze jours après le commencement des frictions. Même succès en 1850 à Rio-Janeiro, sur une famille européenne établie dans le pays. En France, il a guéri par ces mêmes frictions son propre frère, affecté depuis sept mois de fièvre paludéennes contractées dans le Finistère et qui avait pris vainement la quinine sous toutes les formes, à toutes les doses. Les frictions furent commencées le lendemain d'un accès qui fut le dernier; elles furent continuées pendant quinze jours soir et matin, sans autre traitement. Sa jeune fille, âgée de trois ans et demi, eut deux accès très-distancés, et guérit également très-vite et radicalement. Même succès chez un autre enfant, âgé de six ans. Un second accès de fièvre cholériforme a été arrêté par le même procédé sur un officier considérablement débilité par les fièvres de mauvais caractère. Enfin, depuis quatre ans, M. Lallour a réussi à merveilles à couper les fièvres intermittentes et celles même à type pernicieux d'Alexandrette et de Latakié, au moyen de frictions générales avec un alcoolat quelconque, mélisse, menthe ou camphre, et cela sans même faire prendre à l'intérieur d'infusion de tilleul ou de feuilles d'oranger. (*Thèses de Paris*, 1856.)

Galactorrhée (*Observation de guérison d'une*). La véritable galactorrhée, c'est-à-dire la sécrétion anomale du lait entraînant par son abondance des désordres dans la santé, est une affection rare, ce qui, joint à sa persistance, nous engage à consigner ici le fait suivant, publié par M. N. Guéneau de Mussy.

Après un premier accouchement rapide et heureux, la malade qui fait le sujet de cette observation, et qui est âgée de vingt ans, avait eu une fièvre de lait accompagnée d'un développement considérable des seins, et une sécrétion lactée si abondante dès le premier jour, que cette jeune femme donnait à teter aux enfants du voisinage. Bientôt le lait s'écoula continuellement sans succion, le sein devint le siége de douleurs et de plusieurs abcès successifs; mais après de vives souffrances, ces accidents se dissipèrent assez rapidement, la glande s'affaissa et la sécrétion se tarit. Cependant la mamelle droite continua à se développer outre mesure, et quoique la malade eût cessé d'allaiter, son lait continua de couler incessamment, de sorte qu'elle en perdait jusqu'à sept litres par jour. Après plusieurs médications inutiles, elle fut présentée à M. Guéneau de Mussy, qui fut frappé de la maigreur et surtout de la pâleur extrême de la malade. La peau était d'un blanc mat, sèche et complétement décolorée, ainsi que les muqueuses labiale et gingivale. Elle tenait suspendu dans un sac de toile goudronnée son sein droit, très-volumineux, qui descendait jusqu'au niveau de la dernière fausse côte et qui baignait dans le liquide s'écoulant des différents points de la périphérie. Le mamelon, très-aplati, présentait au centre une dépression assez profonde, où l'on apercevait directement trois orifices donnant issue à un lait blanc et épais. L'aréole, considérablement agrandie, offrait une coloration d'un rouge très-vif; la partie inférieure de la mamelle, en contact avec la partie thoracique, était très-rouge, la peau était érodée en deux endroits d'où s'écoulait un liquide semblable à du petit-lait; glande mammaire dure, bosselée, douloureuse à la pression. Tous les jours, mouvements fébriles; soif vive; perte dans les vingt-quatre heures de quatre litres de lait; urines un peu plus abondantes que de coutume, se fonçant un peu par la potasse. Depuis quelque temps, toux sèche, peu fréquente, sans expectoration; un peu moins de bruit respiratoire, avec expiration prolongée au sommet du poumon droit. Souffle continu très-intense dans les vaisseaux du cou. Traitement: aux repas, boisson alcaline, décoction de queues de cerises avec 5 grammes de bicarbonate de soude; deux fois par jour une pilule de protoiodure de fer; frictions sur tout le corps chaque matin avec une brosse de crin; compresses imbibées d'eau blanche sur le sein et compression légère avec une bande de toile; le soir en se couchant, 30 centigrammes de poudre de Dover; douze bains sulfureux.— Guérison complète après un mois.

M. Guéneau de Mussy a fait suivre cette observation de quelques autres faits rapportés par les auteurs et dans lesquels des traitements très-divers ont été employés. Nous y remarquons un fait de Van Swieten qui semble témoigner en faveur de l'administration de la sauge à doses répétées. Une autre observation, celle d'Amelung, montre la galactorrhée suspendue par une salivation mercurielle et reparaissant à mesure que celle-ci diminue. Mais le fait de M. Pétrequin (*Bull. de Thér.*, t. X, p. 11) reste encore le fait le plus intéressant, et montre, en outre des avantages de l'appel aux fonctions de la peau, les bons effets de l'opium donné à l'intérieur et à l'extérieur dans les cas de ce genre. (*Arch. de méd.*, juin.)

Luxations des tendons (*Sur les) de quelques muscles extenseurs et fléchisseurs des membres.* Existe-t-il des luxations des tendons? On serait disposé à en douter, en parcourant les auteurs les plus récents des traités de chirurgie. N'est-il pas vrai cependant qu'à la suite de certains mouvements forcés ou inusités, à la suite de chocs, de chutes, on a vu quelquefois survenir des douleurs extrêmement vives au voisinage des articulations, avec difficulté ou même impossibilité de se servir du membre malade, alors que l'examen attentif de la partie ne permettait pas de constater le moindre gonflement, la déformation la plus minime? M. Selregondi admet qu'il y a dans ces cas un déplacement permanent d'un des tendons qui cheminent au voisinage de l'article.

Les tendons les plus longs, ceux qui passent par-dessus une articulation, ceux qui forment avec le muscle auquel ils donnent insertion un angle plus ou moins considérable, sont particulièrement prédisposés aux déplacements. L'ensemble de ces conditions est parfaitement réalisé au voisinage de l'articulation tibio tarsienne; aussi est ce là que les déplacements des tendons se montrent le plus fréquemment. Mais on les rencontre également dans des points où les dispositions anatomiques paraissent moins favorables: à l'épaule, au coude, au poi-

gnet, au genou. Au pied, la luxation peut affecter presque tous les tendons de la région ; il en est de même au poignet. A l'épaule, c'est le tendon de la longue portion du biceps qui est particulièrement disposée aux déplacements ; mais il peut y avoir aussi luxation des tendons des muscles grand et petit rond ; au genou, les luxations portent principalement sur le tendon du biceps au voisinage de la tête du péroné. Très-souvent la luxation est compliquée de la déchirure des gaînes tendineuses ou du tissu fibreux destiné à maintenir les tendons en place.

A l'examen de la partie lésée, on ne constate rien d'anormal dans l'articulation ; tous les organes ont conservé leur forme, leur position et leur volume naturels ; il n'y a ni gonflement ni chaleur. Mais dans le voisinage de l'articulation on découvre, par une observation attentive, une région qui est excessivement douloureuse à la pression et dans l'exercice de certains mouvements. On remarque en outre que cette douleur se fait sentir sur le trajet d'une ligne qui répond à un tendon, et que ce dernier fait coude au dessous des parties superficielles ; la douleur est tellement considérable qu'elle gêne ou même rend complétement impossible l'usage du membre affecté.

C'est avec l'entorse que la luxation des tendons a été généralement confondue. Mais l'entorse est produite par une pression violente des surfaces articulaires l'une contre l'autre ; elle consiste dans une véritable contusion de l'articulation avec distension ou rupture des ligaments, suivie bientôt de gonflement, de chaleur, de rougeur, tandis que la luxation des tendons se manifeste *au voisinage* de l'articulation et non *dans* l'articulation elle-même. Les suites de cette lésion peuvent être fort variables. Quand elle s'est produite chez un sujet jeune, vigoureux, elle se réduit quelquefois spontanément, à la suite d'un mouvement brusque, inattendu, qui ramène le tendon déplacé dans sa position normale. Sur des individus vieux, débilités, de mauvaise constitution, au contraire, le déplacement persiste le plus souvent, si le chirurgien n'y porte remède ; et alors il se fait des épanchements plastiques qui établissent des adhérences entre le tendon luxé et les parties voisines ; quelquefois même, une inflammation plus ou moins vive envahit toute l'articulation et conduit à la production d'une tumeur blanche. Il n'en est pas de même lorsqu'on intervient à temps et que, par des manœuvres convenablement dirigées, on parvient à faire rentrer le tendon dans la position qu'il doit occuper. Dans ce cas, on voit disparaître la douleur comme par enchantement et les mouvements se rétablir avec une facilité qui explique sans doute une grande partie du succès des rebouteurs. (*Med. Zeitung* et *Gaz heb. de méd.*, février.)

Paralysie douloureuse (*Sur la*) *des jeunes enfants*. Sous ce titre, M. Chassaignac a décrit une espèce de paralysie, en général incomplète, d'un des membres supérieurs, qui aurait été confondue, suivant lui, avec les paralysies temporaires de l'enfance, décrites dans ces derniers temps. Ces paralysies, qui s'observent principalement chez les jeunes enfants de deux à cinq ans, reconnaissent, suivant lui, pour cause la plus habituelle, une violence extérieure, une chute ou un choc violent, mais dans la grande majorité des cas, une traction brusque exercée sur le membre. Ces paralysies ou torpeurs douloureuses se caractérisent par les circonstances suivantes : instantanéité de l'invasion ; état incomplet de la paralysie (l'enfant éloigne son bras lorsqu'on le pince ; néanmoins la sensibilité n'est pas absolument intacte, souvent hypéralgésie : la douleur doit même figurer au premier rang) ; douleur vive, aiguë, déchirante, diminuant ensuite, mais persistant au moins un ou deux jours et reparaissant plus tard encore par les mouvements ; aspect et attitude du membre qui est pendant, immobile le long du corps ; l'avant-bras, demi-fléchi et en pronation, la face palmaire de la main appuyée contre le bassin ; absence de toute déformation et de tout désordre anatomique ; décroissance spontanée des accidents et guérison prompte. Ces circonstances ont fait que, dans tous ces cas, M. Chassaignac s'en est tenu à l'emploi de frictions aromatiques, faites notamment avec l'alcool camphré, et à la précaution de faire soutenir le membre douloureux au moyen d'une écharpe. (*Arch. gén. de méd.*, juin.)

Stomatite *ulcéro-membraneuse* (*Emploi topique du chlorate de potasse dans la*). L'intérêt qui s'attache à l'emploi du chlorate de potasse nous engage à ne laisser passer inaperçu

aucun travail se rapportant à cette question. Dans une note qu'il vient de publier sur le mode d'action du chlorate de potasse dans la stomatite ulcéro-membraneuse, un interne des hôpitaux, M. Gibert, se demande d'abord si ce sel doit être assimilé aux médicaments qui, absorbés et répandus dans l'économie, modifient la crase du sang et par suite la constitution, de manière à détruire le principe morbide qui a donné lieu à la lésion locale, ou bien s'il agit à la manière d'un topique qui peut modifier cette lésion, quelles que soient les causes qui lui ont donné naissance. Se fondant sur la marche des modifications résultant de l'emploi du chlorate de potasse et sur les expériences qui en montrent la présence dans la salive, M. Gibert se prononce pour la seconde opinion; mais ce qui est plus important et plus utile à connaître, il montre par des faits nombreux comment l'emploi topique du chlorate peut suffire à lui seul pour amener et quelquefois pour confirmer la guérison. Ce qu'il vaudrait mieux, sans doute, ce serait de l'employer en gargarismes; mais les enfants ne sachant presque jamais se gargariser, M. Gibert touche les parties malades d'abord avec une solution de chlorate, ensuite avec le sel lui-même porté à l'aide d'un pinceau d'ouate mouillée et roulée dans du chlorate pulvérisé. Trois, quatre, cinq ou six jours ont suffi à la guérison, et l'on comprendra l'importance de pareils faits quand on voudra bien se rappeler la difficulté qu'on éprouve chez les enfants à leur faire avaler des médicaments. M. Gibert insiste d'ailleurs sur deux particularités, de nature à assurer mieux encore le succès du traitement : 1º nettoyer complétement la bouche et les dents, avoir soin d'enlever le tartre qui les recouvre, et qui à lui seul entretient l'affection et cause les récidives; 2º détruire les autres causes locales de la stomatite, dents cassées, esquilles, etc., etc. (*Gaz. hebd. de méd.*, juin.)

Ulcère *simple de l'estomac* (*Traitement de l'*). On sait que, sous ce titre, M. Cruveilhier a décrit une affection assez commune et assez grave de l'estomac, susceptible d'être confondue avec le cancer de l'estomac principalement, à cause de la présence des vomissements et des déjections noires, mais qui s'en distingue en ce que: 1º il n'y a pas de tumeur; 2º la douleur ne fait jamais défaut; 3º douleur qui consiste en une sensation de plaie vive, de brûlure, de morsure, au niveau de l'appendice xiphoïde, avec retentissement à la région correspondante du rachis. Mais la véritable pierre de touche pour le diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et le cancer est dans la différence des effets du régime alimentaire, qui échoue complétement dans le cancer et produit de merveilleux effets dans l'ulcère simple. Dans le traitement de l'ulcère simple, les moyens médicamenteux proprement dits, tant internes qu'externes, ne peuvent être considérés que comme des moyens secondaires. Le point important, c'est de trouver un aliment qui soit bien supporté par l'estomac et qui passe inaperçu. Le régime lacté, le lait froid, à la glace, chez les uns, chaud, très chaud chez les autres, est le grand moyen de guérison de l'ulcère simple de l'estomac, et souvent le seul aliment dont cet organe puisse, en général, supporter la présence sans se révolter. Dès le premier jour de son emploi, l'angoisse épigastrique diminue; les jours suivants, elle disparaît complétement; un sentiment de bien-être inexprimable la remplace, et les forces reviennent à vue d'œil. Ce régime doit être continué en augmentant progressivement la quantité de lait, tout le temps qu'il est bien supporté; on ne tarde pas à y ajouter quelques fécules, et en particulier le riz. Plus tard on lui associe et on lui substitue même une autre alimentation également en rapport avec les instincts de l'estomac : un peu de poulet, par exemple, au milieu du jour, comme moyen de transition de la diète lactée à un régime plus substantiel; mais il faut quelquefois passer sans intermédiaire du régime lacté au bœuf et au mouton. Rien de plus difficile à diriger que ce régime, eu égard à la quantité et à la qualité des aliments, à leur température, à leur préparation, au nombre des repas; mais aussi le médecin est bien récompensé de ses efforts par les succès inattendus qu'il peut obtenir ainsi dans les affections de l'estomac, et en particulier dans l'ulcère simple. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, avril.)

Utérus. (*Dysménorrhée mécanique produite par le fait d'une membrane fibreuse qui coiffait le col de l'*). Si les troubles menstruels doivent être le plus souvent cherchés dans l'état de la santé générale des femmes, il est des cas où ils sont dus à des obstacles

physiques qu'un examen direct et attentif peut seul révéler. Le fait suivant, communiqué à la société des hôpitaux par M. Fournet, en est un nouvel et remarquable exemple. Une dame d'une trentaine d'années fut prise à l'âge de quinze ans, pendant le cours d'une rougeole, d'une péritonite ou métro-péritonite fort grave, à laquelle succédèrent un catarrhe pulmonaire intense, puis une ophthalmie longue et rebelle aussi. La série de ces accidents fut close à seize ans par la première irruption des règles. Après un an de menstruation assez régulière, à dix-sept ans, chaque époque menstruelle commença a être précédée et accompagnée de souffrances qui depuis ont tou ours été en croissant; c'étaient des coliques très-violentes, suivies quelquefois de convulsions; c'était surtout dans la région de la matrice un sentiment de gonflement et de tension de pesanteur très-douloureux. Ces phénomènes retentissaient dans la région de l'ovaire droit jusque dans la région ombilicale, ils s'apaisaient dès que le sang parvenait à se faire jour et duraient à un moindre degré pendant quatre ou cinq jours, pour recommencer à l'époque suivante. Un mariage de plusieurs années avec un homme bien constitué était resté infructueux. Devenue veuve, de plus en plus souffrante à chaque époque menstruelle, cette dame, qui pendant quinze années s'était refusée à un examen qui eût éclairé son médecin, se décide enfin à venir consulter à Paris et à se laisser examiner. Outre une rétroflexion, cet examen permit à M. Fournet de constater que le museau de tanche est recouvert et comme coiffé d'une membrane dense, fibreuse, qui lui donnait un aspect nacré et une forme aplatie. Cette membrane, de la grandeur d'une pièce de un franc à peu près, libre par sa face vaginale, *libre aussi par sa face utérine*, séparée en ce moment par un petit caillot sanguin, reste de la dernière menstruation, cette membrane adhère par les cinq-sixièmes de sa circonférence au pourtour du col utérus, où elle se *continue avec la substance du col* A gauche, l'interruption de cette adhérence dans un sixième de sa circonférence présente une échancrure en forme de croissant, à bord dense, derrière lequel on peut engager l'extrémité mousse d'une sonde de femme, pénétrer diagonalement dans l'orifice utérin caché derrière la membrane et de là dans le corps même de la matrice, au travers du conduit du col, contracté par le tiraillement du centripète de la membrane, mais resté libre. Aucune cloison, aucune bride du vagin ne rattache ce voile membraneux aux parties voisines. Le toucher vaginal combiné avec le palper hypogastrique ne révèle rien d'anormal et de sensible ni dans la matrice, ni dans le ventre; la santé générale est dans les conditions les plus satisfaisantes. L'opération proposée pour remédier à la cause probable de la stérilité et évidente de la dysménorrhée, au dire de l'auteur, fut acceptée et pratiquée le 24 août dernier. Le procédé opératoire fort simple ne présenta d'autres difficultés que celle de faire manœuvrer les instruments au fond d'un spéculum. La membrane fut séparée en deux parties à l'aide d'un bistouri boutonné, puis chaque lambeau excisé avec des ciseaux courbés sur plat. La réaction traumatique céda rapidement, et la nature laissa peu de chose à faire à l'art. La première menstruation qui a suivi l'extirpation de la membrane a été un peu moins difficile, un peu moins douloureuse; la seconde s'est accomplie dans des conditions encore meilleures. Enfin de nouveaux renseignements qui me sont parvenus, dit l'auteur, m'apprennent que ce mieux s'est encore accru. La fonction menstruelle, ajoute-t-il, est donc sur la voie progressive du retour à l'état naturel, et on peut croire que cette progression ne s'arrêtera qu'au plein retour des conditions normales. Nous pensons que notre confrère eût hâté de beaucoup en pratiquant le cathétérisme du col, car pour nous la membrane fibreuse est plutôt un vice de conformation originel qu'un produit pathologique, comme le croit M. Fournet. Si les détails anatomiques que nous avons soulignés dans l'observation ne suffisaient pas, le fait suivant, publié par M. Maunoir, lèverait tous les doutes à cet égard.

Utérus (*Cloison incomplète du vagin venant coiffer le col de l'*) *et produire la stérilité.* Une dame de trente-neuf ans, grande, brune, d'une santé excellente, régulièrement menstruée, mariée depuis longues années, n'était jamais devenue enceinte. Elle avait consulté un grand nombre de médecins sur la cause de sa stérilité, et avait fait sans aucun résultat un traitement par les eaux de Baden, en Argovie. Consulté à son tour, M. Th. Maunoir constate par

le toucher, puis l'examen au spéculum, un col petit, arrondi, mais ne présentant pas le plus petit pertuis pour communiquer avec l'utérus. Les règles ayant lieu régulièrement, il fut convenu qu'un examen serait réitéré pendant la durée de la menstruation. Le même spéculum, à quatre valves, introduit, laisse voir le col, teint de sang, que l'instrument avait poussé devant lui, et il ne trouve pas plus d'orifice que la première fois. Alors il a recours au spéculum ordinaire, sans y mettre d'embout. Il fut arrêté au début de sa tentative, et, regardant au fond de l'instrument, il vit avec étonnement que cette résistance était due à une cloison verticale, mince, partant très-près de la vulve et allant s'implanter sur le col, divisant ainsi le canal vaginal en deux moitiés distinctes. Reprenant le spéculum à quatre valves, et déjetant du côté opposé avec le bout du doigt cette cloison, qui avait l'habitude de se tenir collée comme une sorte de doublure sur le côté droit du vagin, il introduisit sans peine l'instrument dans le demi-vagin droit, au fond duquel il trouva un demi col, en tout semblable à celui de l'autre côté, avec la seule différence que l'orifice utérin y était parfaitement visible, tout près du milieu de la cloison anormale. Dès lors tout s'expliquait, et, comme dans le premier examen, le doigt et le spéculum n'avaient jamais manqué de pénétrer dans le demi-vagin gauche, il est plus que probable que les rapports sexuels avaient toujours lieu de ce même côté. Pour diviser cette cloison, M. Maunoir enleva les valves supérieures et inférieures du spéculum, et engagea la cloison dans le vide ainsi fait à l'instrument à quatre valves, qu'il poussa ensuite jusqu'au col utérin. Il divisa la cloison ainsi mise à nu et tendue au moyen de longs ciseaux, ce qui occasionna une très-faible perte de sang. Préalablement il avait pris la précaution d'introduire au fond de l'un des demi-vagins une sorte de petite flamme ou lancette portée à angle droit sur une longue tige de fer, de manière à couper transversalement et à ras du col la membrane qui s'y implantait. Après la cicatrisation, il fit pénétrer dans l'intérieur du col utérin, d'abord une petite sonde molle, puis des morceaux de gentiane, de manière à établir un libre passage. Il y a de cela deux ans ou un peu plus. Cette dame est-elle depuis devenue enceinte ? C'est ce que M. Maunoir ignore, attendu l'éloignement de son domicile.

En réunissant ces deux faits, nous avons voulu trancher la question que s'est posée M. Fournet, de savoir si la membrane qui coiffait le col était congénitale ou le produit de la métropéritonite subie par la malade. Cette dernière hypothèse est la moins admissible, surtout en présence du fait de M. Maunoir. La discussion de l'étiologie a une portée pratique, car la série des troubles menstruels étant rapportée à un vice de conformation originel conduisait à provoquer mécaniquement la dilatation du col utérin, ainsi que l'a fait M. Maunoir, et si M. Fournet eût adopté la même pratique, il eût triomphé plus efficacement de la dysménorrhée dont sa malade était atteinte. (*Gazette hebdom.*, mai.)

VARIÉTÉS.

La Faculté de médecine de Montpellier vient d'adresser au ministre de l'instruction publique sa liste de présentation pour la chaire d'opérations et d'appareils; deux noms y sont inscrits : 1° M. Courty ; 2° M. Serre, d'Uzès. Nous regrettons de ne pas voir figurer sur cette liste le nom de M. Goffres, dont la Faculté appuyait si vivement, il y a à peine quelques mois, la demande de réintégration, comme agrégé en exercice à Montpellier. — Quant à la chaire de chimie médicale, la Faculté a demandé au ministre l'autorisation de laisser ouverte la liste d'inscription des candidats jusqu'au 16 août ou au 15 novembre prochain. M. Filhol s'est, à ce qu'il paraît, désisté de sa candidature.

L'Académie de médecine s'est enfin décidée à s'adjoindre M. le professeur Trousseau comme membre de la section de thérapeutique. Pour être vrai, disons que l'opposition ne venait pas de l'Académie, mais seulement de la section ; la preuve, c'est que le savant thérapeutiste a été nommé par 54 voix contre 18 données à M. Bayle.

Le Courrier de l'Isère rapporte qu'un de nos honorables confrères du Bourg-d'Oisans, M. le docteur Aragon, a péri victime de l'inondation qui ravage une si grande partie de la France. M. Aragon, en revenant la nuit de visiter ses malades dans les montagnes, a été surpris par les eaux d'un torrent et entraîné par elles.

Par décret du 26 mai, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Officiers.* — MM. les médecins principaux Colmant, Lustreman, Artigues, Maupin, et MM. les médecins-majors Rossignol, De Santi, Gerrier, Fleschhut, Laforêt. *Chevaliers.* — MM. Pucelle, médecin aide-major de 2e classe au 6e de ligne; Jourdeuil, médecin-major au 11e de ligne; Colonna, médecin aide-major au 15e de ligne; Boseront, médecin-major au 19e de ligne; Remy, médecin aide-major au 21e de ligne; Alix, médecin-major au 26e de ligne; Arnaud, médecin-major au 31e de ligne; Haicault, médecin-major au 35e de ligne; Mulot, médecin aide-major au 39e de ligne; Champenois, médecin-major au 57e de ligne; Aron, médecin-major au 73e de ligne; Viry, médecin-major au 80e de ligne; Aehte, médecin-major au 84e de ligne; de Soto-Mayor, médecin aide-major au 85e de ligne; Girma, médecin-major au 94e de ligne; Coste, médecin aide-major au 96e de ligne; Termonia, médecin aide-major au 98e de ligne; Lespiau, médecin aide-major au 5e bataillon de chasseurs à pied; Guiche, médecin aide-major au 1er de zouaves; Berniez, médecin-major au 3e de zouaves; Vezien, médecin aide-major au 1er de hussards; Corbière, médecin aide-major au 2e de chasseurs d'Afrique; Lamarque, médecin aide-major au 4e de chasseurs d'Afrique; Perréon, médecin-major au 8e d'artillerie.

MM. les médecins-majors Richepin, Petitgand, Dujardin, Maillefer, Lallemand, Barudel, Netter, Bonnard, Garnier, Jacquot, Leclerc, Willich, Masse; MM. les aides-majors Bedel, Baradou, Arondel Pelgné Maurel, Monnier, Lespiau, Pomonti, Gindre, Thiébaut Navarro, Vizerie. Bernard, Bauchet, Bossard, Quenot, De Potor, Hennequin, Darmandieu, Lagreula, Vagney, Coudere, Raoul; MM. les sous-aide-majors Chignon, Lassus, Krug; MM. les pharmaciens Jacob, Reignier, Veret; et M. Madineau, sergent infirmier-major.

Nous venons d'enregistrer avec bonheur les récompenses décernées à nos braves confrères de l'armée; par un triste retour sur le passé, nous allons donner la liste complète des pertes qu'a éprouvées le corps de santé militaire pendant la campagne qui vient de finir. Ce sont :

Médecin principal : M. Volage. — *Médecins-majors :* MM. Brunweld, Girard, Pégat, Rampont, Félix, Peyrusset, Goutt, Fournier, Puel, Demicourt, Moulinier, Leclerq. — *Médecins aide-majors :* Ragu, Boussan, Masson, Leclerc, Cordeau, Lardy, Dartigau, Dulac, Savaëte, Gueury, Mittemberger, Bougueraux, Forget, Leker, Servy, Precy, Gillin, Sagne, Perrin, Laval. — *Médecin sous-aide :* M. Jacob. — *Ancien élève de l'Hôp. St-André de Bordeaux :* M. Daraignes.

M. le docteur F. Quesnoy communique les nouvelles suivantes à la Gazette médicale : « L'état sanitaire général s'améliore beaucoup en Crimée. M. l'inspecteur Baudens, dans le dernier mois qu'il vient d'y passer, a présenté comme indispensablement nécessaire le changement général des campements infectés par le séjour prolongé dans le même lieu. Ces mesures, quo M. le maréchal a fait exécuter rigoureusement, ont déjà eu un bon résultat. Le nombre des typhiques fournis par les régiments a diminué, et il n'est pas douteux que quand, avec la fixité du beau temps, les mêmes mesures pourront être généralement appliquées, on n'obtienne promptement la cessation de l'épidémie.

« A Constantinople, la dissémination des malades dans de nouveaux hôpitaux tous baraqués, l'isolement des typhiques dans des salles spéciales, avec deux lits pour chacun d'eux, les moyens de désinfection incessamment employés tant dans les salles que dans les literies, ont déjà produit l'effet désiré; les nouveaux cas diminuent chaque jour; il ne s'en développe presque plus sur des malades entrés à l'hôpital pour d'autres maladies, et les cas ont perdu de leur gravité. Cette situation est de nature à nous faire espérer la fin prochaine de toutes nos misères. »

M. le docteur Georges della Sudda fils, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé professeur de toxicologie à l'Ecole de médecine de Constantinople et membre du Conseil de santé des armées de l'Empire ottoman.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des pneumonies anomales et de leur traitement.

Par le professeur Forget, de Strasbourg.

(Suite et fin) (¹).

Article III. *Anomalies par variété de caractères anatomiques.*— A mesure que nous avançons, les anomalies paraissent gagner en valeur positive. Ainsi cette troisième catégorie comprend certainement celles qui offrent la base la plus réelle au diagnostic et aux indications thérapeutiques. Nous avons vu avec un vif plaisir notre savant collègue, M. Schintzenberger, accepter et proclamer ce principe dans le dernier compte rendu de sa clinique. Les modifications matérielles du poumon sont, d'après lui, le fondement le plus solide et, à vrai dire, seul solide d'une bonne division des pneumonies. Seulement nous croyons qu'en dehors des lésions d'organes, il y a des indications fournies par de purs symptômes fonctionnels, qu'il nous est impossible de rallier à des altérations matérielles spéciales : ainsi des pneumonies adynamique, ataxique, pleurodynique, etc. Ce sont ces anomalies qui proclament l'utilité, l'indispensabilité de la doctrine des éléments positifs, la seule assez large pour embrasser tous les faits, pour comprendre toutes les exigences de la pratique.

Quant au siége, celui de la pneumonie étant ordinairement la base et le corps de l'organe, cela ne suffit pas pour considérer les autres siéges comme des anomalies. Nous avons déjà parlé de la *pneumonie du sommet ;* nous ajouterons ici qu'on l'a dite liée assez souvent au délire ; c'est ce que nous avons vu quelquefois ; aussi trouvons-nous singulier que, sur neuf cas de pneumonie du sommet observés dans notre épidémie, le délire ne se soit pas produit une seule fois. Nous avons dit qu'en vue de ses rapports avec la tuberculisation, la pneumonie du sommet réclame un surcroît de sollicitude.

Le pneumonie *lobaire* est la règle ; la pneumonie *lobulaire* se distingue par sa prédilection pour l'enfance, par l'obscurité de ses signes stéthoscopiques, et quant au traitement, je ne vois pas qu'il présente rien de particulier. La pneumonie *centrale* est naturellement soustraite à l'auscultation, mais elle est assez rare et devient ordinairement superficielle. La pneumonie *double* n'a de particulier

(¹) Voir les livraisons des 15 mai et 15 juin, p. 385 et 481.

que la gravité des symptômes, celle du pronostic et l'urgence des moyens énergiques.

La complication de la pleurésie avec la pneumonie est tellement fréquente que la maladie a reçu le nom de *pleuro-pneumonie*. Le plus souvent, dans ce cas, la pleurésie est sèche; mais il n'est pas très-rare qu'elle existe avec épanchement, ce qui embrouille quelque peu le diagnostic.

Vu la fréquence ou plutôt la presque nécessité de la complication de bronchite au moins capillaire, la pneumonie mériterait tout aussi bien le nom de *broncho-pneumonie*.

Eu égard aux lésions anatomiques, la pneumonie normale comprend la *splénisation* (premier degré), laquelle peut se rencontrer sans inflammation; alors, par exemple, que le poumon est comprimé par un épanchement; mais dans ce dernier cas, la lésion diffère par l'absence de friabilité du tissu.

L'hépatisation rouge (deuxième degré) se distingue aussi par la friabilité et l'aspect grenu, de cet autre état qu'on a nommé carnification. Nous avons dit qu'il pouvait se maintenir pendant longtemps.

L'hépatisation grise (troisième degré) diffère aussi par sa mollesse, son humidité et sa friabilité, de l'induration grise de la pneumonie chronique. Peut-on déterminer l'époque où la pneumonie passe à la suppuration? L'auscultation, d'abord, ne dit à peu près rien à cet égard. On a parlé de crachats jus de réglisse, jus de pruneaux, de crachats puriformes; mais ces crachats manquent souvent à cette période et peuvent se rencontrer dans les autres. Les frissons erratiques, la couleur jaunâtre de la peau ne constituent que des présomptions. Lorsque l'affection se prolonge au delà du deuxième septenaire, l'infiltration purulente est à redouter. Cependant les probabilités basées sur la réunion de plusieurs des signes précédents équivaut parfois à la certitude.

Fonte purulente. — Ici nous touchons à une véritable anomalie dont nous avons dit quelques mots à propos de la pneumonie *rapide*. Dans certains cas, le poumon passe plus ou moins rapidement à un véritable état de *fonte purulente*, distinct de la simple infiltration puriforme de l'hépatisation grise. Le poumon alors est comme fondu en pus et représente, dans une plus ou moins grande étendue, comme une poche remplie de détritus sanieux. Nous avons dit que cette terminaison ne pouvait être ni prévue, ni diagnostiquée, ni traitée d'une manière spéciale, par conséquent.

Vomiques. — Il faut distinguer cette fonte purulente de la formation des *abcès* connus sous le nom de *vomiques*. L'abcès est circon-

scrit par un parenchyme consistant, quoique souvent enflammé et friable, et même par une membrane pyogénique. Il est constitué ordinairement par du pus louable, phlegmoneux. Il peut s'évacuer et donner lieu à une espèce de *caverne*; bref il peut guérir. La vomique est rare et doit être soigneusement distinguée des épanchements séreux interlobaires, qui sont plus fréquents. Elle ne se révèle ordinairement qu'à l'autopsie, ou par l'évacuation du pus sous forme d'expectoration, ou autrement. Son traitement est celui de la pneumonie suppurée.

Pneumonie fibrineuse. — Une anomalie, ou du moins une forme intéressante de la pneumonie, c'est celle dite *fibrineuse*, forme signalée depuis longtemps, mais sur laquelle on est revenu, dans ces derniers temps, en Allemagne et en France. On l'a confondue avec la bronchite pseudo-membraneuse; mais je crois que ce sont deux états distincts. La pneumonie fibrineuse, outre les trois degrés de la pneumonie normale, est caractérisée par la présence, dans les diverses ramifications bronchiques, de filaments, de cordons fibrineux, semblables par leur aspect et leur structure aux caillots fibrineux blancs-grisâtres, opaques, qu'on rencontre si souvent dans les gros vaisseaux : ils sont évidemment constitués par le sang exhalé dans les bronches. La bronchite fibrineuse serait donc une véritable *pneumonie hémorrhagique interne*. Y a-t-il là simple accident ou spécificité de la maladie? C'est un accident, comme les crachats de sang pur. On a construit *à priori*, par induction, une symptomatologie et une thérapeutique spéciales pour cette maladie. On s'est dit : Le sang se coagule dans les bronches, donc la masse du sang est plus coagulable et le caillot de la saignée plus couenneux que d'ordinaire. Les cordons fibrineux obstruent les bronches, donc il n'y a ni râle crépitant, ni crachats, etc. Cela est rationnel, mais non démontré. Le meilleur des signes positifs, le seul peut-être, est l'expuition des filaments fibrineux. Quant au traitement, on s'est dit encore : Le sang est plastique, coagulé, recourons aux fondants; et l'on a prétendu que le mercure faisait merveille. Le malheur est que les mercuriaux produisent des inflammations *plastiques*. Les meilleurs fondants me paraissent être encore la saignée et les antimoniaux, après quoi viendraient les alcalins. Mais il est fort difficile d'apprécier une médication quelconque, par la raison fort simple que le diagnostic positif est à peu près impossible à établir pendant la vie, sauf l'expuition des tractus fibrineux. Les quelques cas de pneumonie fibrineuse que nous avons observés ne nous ont présenté rien de particulier dans leur symptomotalogie.

La *pneumonie hypostatique* est une des anomalies les plus communes et les plus intéressantes. On conçoit que chez les individus affaiblis et condamnés au décubitus dorsal prolongé, les liquides s'accumulent dans les points déclives des poumons, où, faisant l'office de corps étranger, ils suscitent une inflammation secondaire. On sait qu'anatomiquement cette pneumonie est caractérisée par un engorgement de sang noir et séreux, avec friabilité du tissu pulmonaire, qui ne présente pas alors l'aspect rouge et ferme de l'hépatisation franche. La suppuration elle-même se présente sous un aspect gris mollasse, avec écoulement séro-sanieux à l'incision.

Cette pneumonie s'établit souvent d'une manière insidieuse, latente, sans douleur ni gêne remarquable de la respiration, sans toux considérable, sans crachats caractéristiques, sans réaction vive, bien qu'elle occupe le plus souvent les deux poumons. On doit toujours la prévoir dans les maladies longues et surveiller la poitrine. Quant à ses signes, elle offre ordinairement un râle moins sec (sous-crépitant), un souffle moins rude, une résonnance moins éclatante que ceux de la pneumonie franche. Le meilleur moyen de la prévenir et même de la combattre est de varier le décubitus, autant que possible; de faire coucher sur le côté, ou mieux asseoir et lever les malades; en un mot, de changer le point déclive. Cette forme de pneumonie, tant par sa nature quasi-passive que par l'état détérioré des sujets qu'elle affecte d'ordinaire, réclame un traitement mitigé, dans lequel la saignée est rarement indiquée, où l'émétique à haute dose peut produire trop d'hyposthénie. On s'en tient d'ordinaire aux autres antimoniaux, aux révulsifs cutanés et intestinaux, parfois aux toniques légers et aux astringents. Ici encore le praticien se trouve placé entre deux éléments contradictoires à concilier.

La *pneumonie séreuse* a beaucoup d'analogies avec la précédente, à laquelle elle est souvent associée. C'est celle qui se présente sous forme d'œdème inflammatoire, anatomiquement; c'est-à-dire que le tissu pulmonaire, mollement hépatisé, est plus pâle, plus séreux que d'ordinaire, si l'inflammation n'est que séreuse, ce qui est rare; presque toujours il y a complication d'hypostase sanguine. Cette pneumonie se produit presque toujours aussi comme complication de l'anasarque ou au moins de l'œdème pulmonaire qui lui communique ses caractères spéciaux. Alors, comme dans la pneumonie hypostatique, on rencontre les signes propres de la pneumonie modifiés par ceux de l'œdème: râle sous-crépitant, souffle obscur, etc. Dans cette affection comme dans la précédente, l'engor-

gement est plus tenace, plus rebelle, d'autant mieux qu'il exclut ordinairement les moyens vigoureux tels que la saignée et l'émétique à haute dose, en faveur des légers antimoniaux, des révulsifs, des purgatifs et des diurétiques.

Nous avons déjà parlé de la *pneumonie par résorption purulente*, avec abcès métastatiques. Nous ajouterons ici qu'elle se présente régulièrement sous forme lobulaire; qu'au premier degré le lobule s'offre comme un noyau d'engorgement noir qui, graduellement, passe à l'état de pus concret constituant le deuxième degré. Autour de ce noyau ou de cet abcès métastatique, le tissu pulmonaire est ordinairement d'un rouge brun ou plutôt noir; quelquefois le tissu pulmonaire est sain. Rarement on trouve le pus diffluent, la mort arrivant d'ordinaire avant que cette diffluence ait eu le temps de se produire; c'est pour cela qu'il est facile de confondre les abcès métastatiques avec des amas tuberculeux ou même encéphaloïdes. C'est alors que le microscope peut venir en aide. Nous savons déjà quelle est l'impuissance du traitement.

On a fait une *pneumonie gangréneuse* de ce que d'autres appellent tout simplement gangrène du poumon. Il doit, en effet, exister des pneumonies gangréneuses, comme il existe des phlegmons gangréneux. On devra le supposer lorsqu'aux signes propres de la pneumonie: râle crépitant, souffle tubaire, fièvre, etc., viendront se joindre ceux de la gangrène pulmonaire: haleine fétide, crachats brunâtres, grisâtres, diffluents, contenant parfois des détritus gangréneux, d'une odeur repoussante, qu'on a comparée à celle de la feuille de pêcher pourrie; puis appareil typhoïde, etc. Alors c'est l'élément gangrène qui commande l'indication, qui est celle des antiseptiques, des toniques : quinquina, camphre, acides minéraux, chlorures, etc.; car il s'agit de soutenir et de défendre l'économie contre les influences d'un agent septique. Mais, hélas ! même avec ces secours, la pneumonie gangréneuse est presque toujours mortelle, à part ces cas miraculeux où l'escarre pulmonaire est éliminée par l'expectoration, laissant une caverne qui plus tard pourra se cicatriser. La marche de la gangrène pulmonaire est aiguë ou chronique. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de la seconde espèce, conjointement avec mon savant collègue, M. Stoltz, et j'aurais pris le fait pour une phthisie pulmonaire, si mon collègue ne m'eût affirmé avoir rencontré des détritus gangréneux dans les crachats. La gangrène fut confirmée à l'autopsie.

Nous arrivons à ces anomalies anatomiques englobées aujourd'hui sous le titre commun de *pneumonie chronique*.

La première est la *splénisation* chronique, déjà signalée, qui se distingue par la noirceur, la souplesse sans notable friabilité du tissu, dont la coupe est planiforme, non granuleuse. L'histoire de cette anomalie est encore très-obscure.

Puis vient l'*induration chronique* : c'est la pneumonie chronique des classiques; c'est celle où la maladie ayant duré longtemps, le tissu pulmonaire se présente dans un état d'induration rougeâtre ou grisâtre, mais non humide et facile à creuser avec le doigt, comme la simple hépatisation aiguë. Le tissu pulmonaire est cassant plutôt que friable, granulé, mais sec à la tranche. Cette forme paraît consister dans une infiltration de matière plastique simple ou analogue au pus concret, ce qui donne au tissu l'apparence granitique ou marbrée. Nous avons observé deux faits de ce genre. Cet état du poumon nous paraît à peu près incurable et rebelle à tous les résolutifs, tout comme l'infiltration tuberculeuse à laquelle il ressemble beaucoup.

On a décrit, dans ces derniers temps, une forme spéciale de pneumonie chronique, sous le nom de *carnification*, qu'il faut distinguer de la splénisation mécanique (par compression), ou pathologique (censée inflammatoire). Dans la véritable carnification, le tissu pulmonaire ressemble, en effet, par sa couleur, sa consistance et sa non-friabilité, à la chair musculaire; la coupe est planiforme et non granulée ni marbrée : c'est là un véritable produit d'inflammation lente, chronique. J'en ai observé dernièrement un beau cas chez un sujet mort, affecté de bronchite chronique, et que je croyais tuberculeux, ce qu'il n'était pas. Si cette lésion a peu d'étendue et n'affecte qu'un poumon, on conçoit que les malades peuvent vivre assez longtemps. Le traitement me paraît devoir être modérément antiphlogistique, et ne pouvoir être que palliatif.

On a encore décrit une *cirrhose* pulmonaire caractérisée par une induration mamelonée du tissu pulmonaire.

Puis un *épithélioma*, que les micrographes prétendent être constitué par l'accumulation de cellules épithéliales, soit dans les cellules pulmonaires, soit dans le tissu pulmonaire lui-même.

Sont-ce là des produits d'inflammation? Quoi qu'il en soit, ce sont encore de pures curiosités anatomo-pathologiques, sur lesquelles la thérapeutique me paraît ne pouvoir exercer que bien peu d'empire.

En dépit des recherches fort habiles qui ont été faites sur ce point, je considère comme un résultat de l'inflammation chronique l'*induration grise* des poumons qui s'observe *autour des tubercules*.

Je tiens à cette opinion, précisément en vue des conséquences thérapeutiques qui en découlent. J'ai la conviction que si l'on accordait une attention moins exclusive à l'élément tubercule, et si l'on se préoccupait davantage de l'élément inflammatoire dans la phthisie pulmonaire, la thérapeutique de cette maladie serait moins impuissante et moins malheureuse qu'elle ne l'est généralement.

Ce qui résulte pratiquement de l'examen de ces diverses formes de pneumonie chronique, c'est qu'elles sont à peu près incurables de leur nature, et qu'en face de ces lésions on en est réduit à faire la médecine des symptômes. Heureux lorsque, par lassitude ou par système, on ne se laisse pas aller à l'abus des stimulants décorés des noms de fondants, résolutifs, incisifs, etc., qui, s'ils n'aggravent pas le mal, ou ne créent pas de complications, sont au moins inutiles.

Un instant nous avons eu l'intention d'instituer une quatrième catégorie de pneumonies anomales basées sur les *variétés de traitement*; mais bientôt nous nous sommes aperçu : 1° que les variétés du traitement ne sont que la conséquence implicite et obligée des anomalies comprises dans les trois groupes précédents ; 2° que les cas où, à égalité d'éléments apparents, la thérapeutique doit être modifiée, sont assez rares d'abord ; puis, que ces anomalies imprévues des effets thérapeutiques se rencontrent aussi bien dans les pneumonies normales que dans les autres.

Telles sont les anomalies, ou mieux les variétés principales de pneumonies qui peuvent alimenter le système des spécificités illimitées. Quelque nombreuses que soient ces anomalies, il serait facile de les multiplier encore. Il suffirait pour cela d'exploiter les diverses modifications que peuvent offrir tous les éléments de la maladie, chacun en particulier. Je prends pour exemple la douleur. J'ai eu la modestie de n'instituer sur cet élément qu'une anomalie sous le nom de pneumonie *pleurodynique*. Mais avec un peu de savoir-faire, on pourrait créer une douzaine d'autres espèces ou anomalies, en considérant la douleur au point de vue de son caractère : pongitif, tensif, gravatif, etc., au point de vue de son siége : en avant, en arrière, en haut, en bas ; au point de vue de sa durée : courte, longue, intermittente, etc. Tel est tout le secret de la renommée de profondeur et de perspicacité que savent se donner, à peu de frais, comme on voit, les gens habiles à exploiter la niaiserie du public médical lui-même.

Ajoutez à cela quelque grave sentence comme celle-ci : « Toute variété dans les phénomènes implique une spécialité dans les causes

et dans la nature des maladies. » Et voilà justifiées toutes les excentricités thérapeutiques sur lesquelles vit le charlatanisme professionnel exalté par la concurrence.

A l'aphorisme précédent, nous opposerons les suivants, sous forme de conclusions :

1° Les pneumonies dites anomales ne diffèrent généralement des autres que par certaines modifications de leurs éléments, qui n'autorisent pas à les considérer comme des entités essentiellement différentes des autres.

2° Les causes spéciales ou même spécifiques ne peuvent guère manifester leur action qu'en modifiant les éléments de la maladie.

3° Les mêmes éléments ou les mêmes groupes d'éléments comportent rationnellement les mêmes indications, dans l'état anormal comme dans l'ordre régulier.

4° Les éléments de la pneumonie peuvent être modifiés dans leur nombre, leurs combinaisons, leur intensité, leur succession, etc., sans impliquer pour cela des indications essentiellement différentes.

5° Les modifications dans l'appareil phénoménal de la pneumonie nécessitent souvent des modifications relatives dans l'emploi des moyens ordinaires ; rarement elles exigent l'emploi de moyens extraordinaires.

6° On ne doit recourir aux moyens contre-indiqués par la phlegmasie elle-même que dans des cas très-exceptionnels, et avec beaucoup de circonspection.

7° On attribue souvent aux moyens extraordinaires des succès qui résultent de l'évolution naturelle de la maladie.

8° Il n'est pas un praticien sensé qui considère tous les cas de pneumonie comme identiquement semblables, et qui les traite tous de la même manière.

9° La pneumonie est un composé d'éléments quelquefois contradictoires, qu'il s'agit de comparer et de mettre en balance, afin de combattre d'abord les plus urgents, sans perdre de vue les autres.

10° Ne pas saigner n'est pas donner du vin, du musc ou du quinquina.

Professeur **Forget.**

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Un mot sur la préparation de la glycérine et sur l'emploi de la glycérine au tannin comme pansement de la vaginite.

Pour obtenir de l'emploi de la glycérine ce qu'il est possible d'attendre de ce médicament, il faut remplir les deux conditions suivantes : 1° une glycérine pure et à divers degrés de concentration ; 2° ne pas s'en servir indistinctement dans tous les cas où l'emploi d'un topique est possible. C'est, à coup sûr, pour s'être écarté de l'observation de ces deux règles que quelques praticiens ont déclaré récemment que la glycérine est un médicament de nulle valeur. Leur insuccès doit être attribué, ou à l'impureté du produit employé, ou à l'application inopportune qu'ils en ont faite. Non, la glycérine n'est pas un médicament de nulle valeur, mais je ne connais personne qui ait prétendu en faire une panacée universelle.

La glycérine du commerce est généralement impure ; elle contient presque toujours de l'acide sulfurique, de la chaux et des principes âcres pyrogénés. Ces principes âcres proviennent de l'altération que les corps gras et la glycérine elle-même éprouvent dans le cours de la saponification. Ils sont aussi dus aux méthodes défectueuses que l'on suit pour séparer la glycérine des corps étrangers et la concentrer.

Si l'on se rappelle les deux méthodes de saponification les plus employées, on expliquera facilement la présence de la chaux et de l'acide sulfurique. On trouvera une nouvelle cause d'impureté dans l'altération que les corps auraient subie avant leur décomposition.

Pour obtenir une glycérine pure, il faut opérer sur des corps gras de la plus grande fraîcheur, produire la saponification avec de la litharge pure, en présence de l'eau distillée. Les eaux-mères tenant la glycérine en dissolution sont filtrées et introduites dans un appareil de Woulff, muni d'un ballon où se dégage de l'acide sulfhydrique; on entretient le dégagement pendant plusieurs heures, et quand on s'est assuré que tout le plomb est précipité, on filtre de nouveau et on concentre à la chaleur du bain-marie ou d'une étuve chauffée à 50 ou 60 degrés.

Je me suis assuré qu'avec ces précautions, il est possible d'obtenir, dans le plus simple laboratoire, un excellent produit.

Que l'on ne soit pas étonné de me voir insister sur un procédé pouvant donner un produit pur, car des essais personnels m'ont prouvé qu'il est très-difficile de purifier la glycérine impure ; je note, en

passant, sa facile altérabilité quand même, après l'avoir étendue de beaucoup d'eau, on la soumet à l'ébullition en présence des oxydes alcalins, alcalino-terreux, et même terreux.

On objectera peut-être que la glycérine ainsi obtenue ne sera pas un produit commercial, mais un véritable produit chimique, par conséquent trop cher. Peu importe, il me semble, une augmentation d'un tiers ou même de la moitié sur le prix d'un médicament qui donne, dans certains cas, des résultats si heureux pour le malade et si agréables pour le chirurgien. Mais les premiers essais n'ont-ils pas été faits avec de la glycérine impure? A notre avis, cela ne prouve qu'une chose, c'est que ces essais eussent été sans nul doute bien plus concluants si on les eût faits avec de la glycérine pure ou sensiblement pure.

Entre plusieurs faits propres à faire sentir l'importance d'un produit de bonne qualité, je citerai l'exemple d'un nommé X..., conducteur de voiture, qui était entré, dans le mois de février, à la Maison de santé, pour s'y faire traiter d'un eczéma occupant les deux bras et les deux jambes. Le premier pansement, fait avec de la glycérine acide, fut très-douloureux; j'avais en ce moment à ma disposition un échantillon de glycérine presque pure [1]; je fis moi-même le second pansement avec cette glycérine: le malade n'accusa qu'une légère irritation; une nouvelle application de la glycérine acide fut aussi douloureuse que la première. Le traitement, continué avec le produit qui avait servi au second pansement, ne tarda pas à amener un mieux notable. Quand les parties affectées furent devenues moins sensibles, on put reprendre la glycérine ordinaire, et le malade est sorti, après six semaines de traitement, dans un état très-satisfaisant. Depuis cette époque, le mieux a continué. Je me suis assuré que la guérison est complète aujourd'hui.

Pour un ennemi de la glycérine, n'était-ce pas une occasion magnifique de la condamner sans recours?

J'ai dit plus haut qu'il est nécessaire d'avoir de la glycérine à divers degrés de concentration. On comprendra facilement cette nécessité en se rappelant que la glycérine jouit d'une grande affinité pour l'eau, que cette affinité augmente avec le degré de concentration, et qu'en enlevant l'eau aux surfaces qu'elle baigne, elle peut déterminer un sentiment douloureux. Je suis persuadé que plusieurs médecins ont renoncé à l'usage de ce topique pour cette seule considération.

---

[1] **Cette glycérine avait été préparée dans le laboratoire de M. Robiquet.**

L'exemple suivant, tout en faisant ressortir la nécessité d'avoir une glycérine pure, nous montrera qu'il n'est pas toujours bon de commencer un traitement avec un liquide trop concentré.

Dans les derniers jours de janvier, Mlle X. entre à la Maison de santé. Elle est atteinte d'une vaste brûlure occupant le bras et le côté droits; l'accident date de huit jours; la plaie sécrète du pus en quantité considérable. Le premier pansement, pratiqué avec de la glycérine impure et concentrée, détermine une douleur intolérable. Le lendemain, j'étends la glycérine des deux tiers de son poids d'eau; second pansement, douleur cuisante. Les pansements suivants sont faits avec de la glycérine blanche non acide, donnant à peine la réaction alcaline, étendue des deux tiers de son poids d'eau distillée: sensation douloureuse presque nulle; la malade, chaque matin, demande qu'on emploie de la glycérine pure. La guérison a été rapide. Notons la diminution notable du pus, dès les premiers jours du traitement par la glycérine.

L'expérience seule peut nous apprendre dans quels cas il faut avoir recours à la glycérine. S'arrêter devant un insuccès, sans peser mûrement et les conditions physico-chimiques du médicament, et la nature de l'affection à guérir, n'est pas d'un esprit sage; n'étudier que la maladie est ne conduire l'œuvre qu'à moitié.

L'emploi avantageux de la glycérine dans le traitement des plaies est établi par tant de faits et l'autorité de praticiens si éminents, qu'il est impossible de la révoquer en doute; que ceux qui pourraient nier nous disent s'ils se sont bien mis dans les conditions que nous regardons comme nécessaires au succès. Le plus souvent un médicament n'a d'autre valeur que celle que lui donne l'intelligence du praticien.

Parmi les maladies de la peau, nous pouvons noter dès à présent, comme cédant presque toujours au traitement par la glycérine simple : l'eczema, soit aigu, soit chronique, le prurigo et l'hyperesthésie de la vulve; nous connaissons trois cas de cette maladie, parfois si rebelle, traités par la glycérine simple et guéris dans l'espace de quelques jours. Un de ces cas s'est présenté dans la clientèle de M. Monod, un autre dans celle de M. Demarquay. A la Maison de santé, j'ai vu ce dernier chirurgien traiter et guérir plusieurs cas d'eczema et de prurigo.

Si nous passons au rôle de la glycérine comme excipient, nous serons loin de réclamer la pureté et les conditions qui nous semblent nécessaires quand elle doit être employée seule. En effet, dans un grand nombre de cas, elle servira de véhicule à des substances mé-

dicamenteuses dont l'action irritante sera plus énergique que celle due à l'impureté du dissolvant; exemples : glycérolés de foie de soufre, d'iodure de soufre, d'iode, de tannin, etc. Dans ces cas, la glycérine du commerce est d'un bon usage. Cependant, dans certaines circonstances de la médication topique, il sera nécessaire de se servir de glycérine pure; exemples : solution d'extrait d'opium; solution d'un sel de morphine.

Peu d'essais ont été tentés jusqu'à ce jour pour déterminer la vaeur des glycérolés; il y a là toute une série d'expérimentations très-intéressantes; car, sans nul doute, la glycérine viendra souvent ajouter son action spéciale à celle de la substance médicamenteuse. Quelques faits dont nous avons été témoin nous autorisent à le croire, et, sans vouloir en aucune façon conclure de ces quelques cas à une loi générale, nous les livrons à la réflexion du praticien. Ces expériences ont été faites avec le glycérolé de tannin dans le traitement de la vaginite par M. Demarquay, dans le service de chirurgie de la Maison nationale de santé, dont il est chargé en ce moment.

Obs. I. Mlle G. J... entre à la Maison de santé le 1er février pour un écoulement vaginal datant d'un mois; cet écoulement, traité en ville depuis son apparition, n'avait subi aucune modification ni dans la qualité ni dans la quantité. A l'examen, on trouve une petite ulcération à la fourchette et une vaginite sans granulation. Le 8 février, le vagin est tamponné avec du coton imbibé de glycérine tannique ainsi formulée :

Glycérine ordinaire. . .	80 grammes.
Tannin.	20

On envoie la malade au bain. Le lendemain, le tamponnement médicamenteux est remplacé par un tamponnement simple. Le surlendemain, on cesse toute médication. Le 12, des tampons de glycérolé de tannin sont introduits de nouveau, ils sont retirés le 13. L'écoulement a entièrement disparu. Les parois vaginales sont d'une siccité remarquable. Le 14, les règles arrivent. A la fin de l'écoulement menstruel, le vagin est examiné une dernière fois. Le résultat de l'examen est le même que la fois précédente : rien n'a reparu, la guérison est complète.

Obs. II. Mlle D..., du Havre, entre à la Maison de santé le 24 février. Vaginité intense sans granulation; le 26, on fait un premier tamponnement avec la glycérine tannique; le 27, même médication; les deux bains pris, on cesse tout traitement; l'écoulement existe encore, mais notablement modifié dans sa quantité et sa qualité. On revient à l'emploi du glycérolé; après le troisième tamponnement, l'intérieur du vagin est d'une siccité telle que l'on cesse toute médication. La malade reste encore dans le service pendant quinze jours; la guérison est confirmée.

Obs. III. Mlle X. entre à la Maison de santé, le 15 avril, pour se faire traiter d'un écoulement vaginal remontant à six mois. L'inflammation est intense, la malade dit éprouver des douleurs très-fortes pendant l'examen au spéculum. Pas de granulations; tamponnement avec de la glycérine tannique. Après les

trois premiers pansements, l'écoulement est presque nul, la malade dit souffrir beaucoup ; mais après le cinquième tamponnement on juge à propos de cesser toute médication. La guérison se confirme pendant tout le mois de mai, que cette personne passe à la Maison de santé.

Obs. IV. M[lle] X..., 8 mars. Vaginite simple. Six tamponnements avec le coton imbibé de glycérine tannique ; pilules de Vallet ; bains. Après six tamponnements, tout accident local a disparu, la guérison est confirmée.

Nous venons de rapporter quelques faits heureux de l'application de la glycérine au tannin au traitement de la vaginite ; il importe maintenant de bien indiquer la manière dont se comporte M. Demarquay dans l'application de ce nouvel agent.

Lorsque l'on est appelé au début de la vaginite, il importe de calmer les premiers accidents inflammatoires par un régime approprié, des bains, des injections émollientes fréquemment répétées. Quand la première période de l'inflammation est passée et que l'introduction du spéculum est possible, voici la manière de faire de M. Demarquay : le spéculum est introduit avec soin dans les organes génitaux de la femme malade ; on fait une injection à grande eau, afin d'enlever tout le muco-pus qui tapisse les parois vaginales, on les essuie avec un tampon de charpie sèche placé au bout d'une longue pince ; puis, cela fait, on introduit trois tampons de ouate bien trempés dans de la glycérine au tannin. Le lendemain, après un bain, on enlève les tampons, on fait de nouvelles injections et on panse comme la veille. Jamais nous n'avons vu M. Demarquay avoir recours à plus de quatre ou cinq pansements avec ce nouveau topique. Après la cessation des pansements mentionnés ci-dessus, nous avons vu prescrire, deux ou trois fois le jour, des injections avec une décoction de feuilles de noyer additionnée de 4 grammes d'alun par litre. Ces injections astringentes doivent être continuées pendant huit ou dix jours. Nous ne doutons pas que les succès obtenus par M. Demarquay à la Maison de santé ne soient obtenus par tous ceux qui agiront avec le même soin que ce chirurgien met dans l'application de la glycérine. Gustin.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Solution alumineuse benzinée.

Les occasions d'employer les hémostatiques sont si fréquentes que l'on comprend facilement l'intérêt que provoquent toutes les bonnes formules. L'alun tient un rang élevé dans cette classe d'agents thérapeutiques, car à son action coagulante il en joint une non

moins précieuse, celle d'ôter aux plaies sanieuses toute odeur; de là l'indication de son emploi comme pansement des plaies de mauvaise nature et des cancers ulcérés et saignants.

La préparation suivante, à laquelle M. Mentel donne le nom de solution alumineuse benzinée, peut être inscrite parmi les bons hémostatiques. — On dissout dans 2 litres d'eau 1 kilogramme de sulfate d'alumine pur. On sature cette dissolution par de l'hydrate d'alumine en gelée, récemment préparée, jusqu'à refus de dissolution. — On ajoute dans la liqueur 100 grammes de benjoin amygdaloïde concassé. — On maintient pendant six heures à une température de 60 à 80 degrés, en agitant de temps à autre; on règle l'évaporation de l'eau de telle façon que la dissolution filtrée ait une densité de 30 degrés à l'aréomètre de Baumé, soit une densité de 1,261 à la température de 15 degrés centigrades. — On filtre, on laisse déposer le liquide pendant plusieurs jours, à la température la plus froide possible (à la cave en été, et à la température voisine de zéro en hiver). Il se forme quelques cristaux d'alun, résultant de l'union du sulfate d'alumine avec l'ammoniaque qui est adhérente à l'alumine en gelée, malgré les lavages réitérés. — On obtient ainsi une solution transparente d'une densité 1,250 environ, remarquable par une odeur très-suave et par une saveur astringente balsamique.

La solution albumineuse benzinée ne possède pas seulement des propriétés hémostatiques très-prononcées; M. le professeur Laugier l'emploi avec succès en injections dans le traitement de la leucorrhée et des ulcérations du col de l'utérus accompagnées d'écoulement fétide (à la dose de 10 à 20 grammes pour 500 grammes d'eau).

Formule véritable de l'eau de Brocchieri.

Puisque nous publions les formules des bonnes préparations hémostatiques, complétons la liste en enregistrant celle d'une eau qui, grâce au secret qui entourait sa préparation, aux frais immenses de publicité faits par son inventeur, a conquis une réputation colossale.

On fait macérer pendant douze heures du bois de sapin avec le double de son poids d'eau; on distille ensuite jusqu'à ce qu'on ait obtenu en produit le poids du bois employé; on abandonne cet hydrolat au repos vingt-quatre heures, après quoi on en sépare avec soin l'huile qui s'est rassemblée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Études sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthéritiques [1].

Croup. — L'analogie devait encore conduire à expérimenter le chlorate de potasse dans le croup ; une bonne médication interne de cette terrible maladie est en effet encore à trouver. L'occasion se fit attendre quelque temps, mais le premier cas favorable à l'expérience fut si remarquable dans ses résultats, que je demande la permission de reproduire ici l'observation tout entière :

Obs. III. *Croup survenant en même temps chez trois frères; trachéotomie avec insuccès chez l'un ; guérison des deux autres par le chlorate de potasse, sans opération.* — Le 16 juin 1855, les trois frères Faert sont amenés à l'hôpital des Enfants malades ; tous trois effectés du croup. Les renseignements donnés par les parents ne permettent pas de saisir une cause bien appréciable. Leur père est serrurier, et habite Montmartre ; selon lui, son logement n'est ni insalubre ni humide ; les enfants n'ont été mis en rapport avec aucun autre enfant atteint du croup, et les parents n'ont pas entendu dire que cette maladie régnât dans leur voisinage. Le 10 juin, les enfants étaient tous trois en bonne santé. Le 11, ils font avec leur mère une longue promenade à pied, pendant laquelle ils jouent et courent comme à l'ordinaire. Le lendemain 12, au matin, l'un d'eux est pris de toux et de suffocation ; le 13, c'est le tour de l'aîné, et le 15, le plus jeune est atteint à son tour. Il n'est pas indifférent de rappeler que les parents ont déjà perdu, il y a huit ans, par le croup, un enfant de deux ans. On sait, en effet, que certaines familles semblent prédisposées aux affections diphthéritiques. Ici aussi la contagion a pu y avoir grande part, car les trois enfants couchaient dans le même lit et buvaient dans la même tasse. Quoi qu'il en soit, voilà trois cas de croup à peu près aussi identiques dans leur source et dans leur intensité qu'on puisse le désirer pour une expérience comparative, et heureusement quelques différences dans l'ancienneté et dans l'intensité de la maladie permettent de différer l'opération chez deux d'entre eux, et d'essayer le traitement par le chlorate de potasse, tandis que la trachéotomie est pratiquée immédiatement sur celui qui était le plus anciennement malade. Voici maintenant l'observation séparée de chacun des trois frères.

1° Faert (Alphonse), âgé de cinq ans et demi, atteint, le mardi 12 juin au matin, de toux et de suffocation, a pris sans succès un vomitif le mercredi 13 ; la voix s'est éteinte le 14 au matin. Le vendredi 15, on lui a donné un nouveau vomitif ; il a bien vomi, mais il n'a été nullement soulagé, et maintenant la suffocation est au maximum. Le 16 au matin, à son entrée à l'hôpital (n° 36, salle Saint-Jean), la toux est cassée, éteinte ; la voix, *idem* ; l'inspiration est faible et ne se fait qu'avec un sifflement très-sourd ; les amygdales sont plaquées de fausses membranes ; pouls, 140 ; 28 inspirations ; respiration abdominale avec violents efforts du diaphragme ; sonorité thoracique à la percussion, et absence de bruit respiratoire à l'auscultation ; un peu de cyanose des extrémités.

[1] Voir les livraisons des 10 mai et 15 juin, p. 435 et 488.

On procède, à neuf heures et demie du matin, à la trachéotomie; l'opération se passe bien, l'enfant perd peu de sang, et rend immédiatement une fausse membrane par la plaie. La respiration revient avec de gros râles ronflants; cependant l'enfant n'éprouve pas, pendant les heures suivantes, ce soulagement marqué qui suit ordinairement l'opération; l'asphyxie continue ses progrès, et la mort survient à trois heures et demie du soir.

A l'*autopsie*, on trouve le pharynx rempli de fausses membranes épaisses, qui se prolongent dans le larynx, dans la trachée et les bronches, jusqu'à des ramifications très-éloignées; les ventricules du larynx sont comblés, et les cordes vocales complétement effacées par l'exsudation plastique. Il n'y a pas de pneumonie; les deux poumons présentent un emphysème sous-pleural et interlobulaire très-marqué, surtout à droite, où il devient même intervésiculaire. A gauche, on observe une forte hyperémie du lobe inférieur.

Voilà certainement un croup avec angine et trachéo-bronchite pseudo-membraneuse de la nature la plus grave. Voyons ce que vont devenir les deux autres frères, qui ont pris le croup à la même source, soit par contagion, soit par influence épidémique, soit par prédisposition de famille.

2° Faert (Victor), âgé de neuf ans, a été pris le 13 juin, le lendemain du précédent, de toux et d'une grande gêne respiratoire. Dès le début, la voix a été un peu éteinte. Le 15, on l'a fait vomir, et il s'en est mieux trouvé que son frère; cependant les accès de suffocation ont persisté.

Le 16, à son arrivée à l'hôpital (n° 21, salle Saint-Jean), les amygdales sont plaquées de fausses membranes, mais moins abondantes que chez le précédent; la voix et la toux sont fêlées, mais moins abolies que chez le précédent; le thorax est sonore à la percussion, et le murmure respiratoire ne s'entend pas; pouls, 108; l'inspiration est sifflante, mais la suffocation est moins prononcée que chez son frère. Il est d'ailleurs plus âgé, plus fort; on croit pouvoir surseoir à l'opération, l'interne de garde étant d'ailleurs prévenu et prêt à opérer à la première alerte. On lui prescrit une potion vomitive avec l'ipéca et une seconde potion avec 4 grammes de chlorate de potasse. Le soir, l'état est à peu près le même; le vomitif n'a pas produit d'amélioration marquée; toutefois l'opération n'est pas urgente.

Le 17. Le pouls est tombé à 88, la peau est moins chaude, l'anxiété est moindre, l'état général plus satisfaisant; il y a encore du sifflement croupal dans l'inspiration, mais moins de suffocation; la respiration revient. Les amygdales sont encore couvertes de fausses membranes.— Poudre d'ipéca, 1 gramme en quatre prises; potion avec chlorate de potasse, 6 grammes.

Le soir, pouls à 72; plus de chaleur à la peau, la respiration est tranquille; il y a encore deux fausses membranes sur l'amygdale droite, l'autre est débarrassée, toutes deux sont encore gonflées; le pharynx est rouge; la voix est encore cassée et la toux fêlée; la respiration vésiculaire s'entend bien.

Le 18. Encore un point pseudo-membraneux sur l'amygdale droite; plus de fièvre, plus de suffocation; la voix est revenue, quoique encore un peu fêlée; la respiration vésiculaire s'entend bien. — Chlorate de potasse, 4 grammes. Emmené par son père dans la journée du 18.

3° Faert (Charles), âgé de deux ans et demi, était encore bien portant le 14, alors que ses deux frères étaient déjà malades. Le 15, il est pris à son tour de

toux et de suffocation, la voix s'éteint; on le fait vomir, mais il n'éprouve pas d'amélioration marquée.

Le 16 au matin, à son arrivée à l'hôpital (n° 8, salle Saint-Jean), encore un peu de respiration, sonorité thoracique, sifflement dans l'inspiration; fausses membranes sur les amygdales et la luette; voix éteinte; pas beaucoup de fièvre. Au moment où on le couche, il a un accès de suffocation, mais cet accès ne dure pas longtemps. Comme pour le précédent, on surseoit à l'opération, et on prescrit une potion vomitive avec l'ipéca, et une potion avec chlorate de potasse, 4 grammes. Le soir, il a peu vomi; il y a encore du sifflement dans l'inspiration et beaucoup d'oppression.

Le 17. Mieux sensible, beaucoup plus de calme dans la respiration; très-peu de sifflement dans l'inspiration; toux grasse; pouls, 108.— Chlorate de potasse, 4 grammes.

Le 18. La luette et les amygdales sont encore recouvertes de fausses membranes, mais moins adhérentes; pas de suffocation; encore un peu de sifflement croupal; la voix revient un peu.—Chlorate de potasse, 4 grammes.

Dans la journée, son père l'emmène avec ses frères. Le père, ayant voulu noyer dans le vin le chagrin que lui a causé la perte de son fils Alphonse, vient à l'hôpital en état d'ivresse, et exige impérieusement qu'on lui rende ses enfants. En vain on cherche à lui faire comprendre le danger qu'il va leur faire courir en les emmenant à un moment où leur guérison est encore peu avancée; il s'obstine, et sa femme, qui, sans être dans le même état, n'est pas plus raisonnable, exigeant aussi qu'on lui remette ses enfants, on est obligé de leur céder. On leur rend leurs enfants, et on leur fait emporter une potion de chlorate de potasse pour chacun. Notre dépit fut grand de ne pas retrouver le soir ces enfants, dont la guérison offrait tant d'intérêt; mais nous savions leur adresse, et nous pûmes savoir ce qu'ils étaient devenus. Malgré l'imprudence de leurs parents et le peu de soins qu'ils trouvèrent à la maison paternelle, les deux enfants guérirent complétement, et dans les premiers jours de juillet, ils étaient très-bien portants. Le plus petit fut pris, peu de temps après, d'une rougeole compliquée de pneumonie et mourut; quant à l'aîné, il était très-bien portant le 25 juillet.

Les cas que nous venons de rapporter sont certainement bien remarquables; la communauté d'origine de la maladie chez les trois enfants, la similitude dans la marche des symptômes, et leur gravité, étaient de nature à faire croire que les deux derniers frères partageraient le sort du premier. Chez tous les trois, les vomitifs avaient échoué, et, bien qu'on les eût répétés le jour de leur entrée à l'hôpital, le soir il n'y avait pas de mieux marqué, et ce n'est que le lendemain matin, vingt-quatre heures après l'administration du chlorate, que la maladie présente une amélioration notable, qui se soutient, et permet d'espérer le surlendemain une guérison définitive. Si ce n'est pas au chlorate de potasse qu'il faut attribuer ce succès, il faut dire que, dans les deux derniers cas, la maladie a guéri d'elle-même, tandis que, dans le premier, la trachéotomie n'a pu sauver l'enfant. Or, nous le demandons à tout praticien ayant vu beaucoup de croups, est-il ordinaire de voir s'amender aussi prompte-

ment cette maladie, quand elle s'annonce par des symptômes aussi graves et qu'elle présente une marche aussi constamment croissante que dans le cas présent? Non, certainement; la guérison spontanée du croup confirmé est une exception extrêmement rare, et, sans l'intervention de l'art, les deux derniers enfants auraient été le lendemain ou le surlendemain dans un état aussi désespéré que leur malheureux frère. Tout médecin au courant des progrès qu'a faits la thérapeutique du croup, dans ces derniers temps, n'aurait pas hésité à pratiquer la trachéotomie chez les trois frères, et si nous-même ne le faisions pas, nous pensions en cela commettre une grande hardiesse, et ne nous y décidions qu'à la condition de passer notre journée de garde à la proximité de l'enfant, prêt à opérer dès que l'état du malade l'exigerait.

Ces deux cas étaient de nature à encourager des essais ultérieurs; mais il fallait choisir des cas simples, exempts de complication, d'une gravité moyenne, et se bien souvenir que le salut du malade devant passer avant tout, il fallait renoncer à l'expérience, et opérer dès que l'urgence se ferait trop vivement sentir. C'est pourquoi il nous est difficile de citer beaucoup de cas où le chlorate de potasse ait été employé, à l'exclusion de tout autre traitement.

Nous sommes heureux cependant de pouvoir rapporter les deux observations suivantes :

Obs. IV. *Croup guéri sans opération.* — Tiolette (Hippolyte-Adolphe), âgé de trois ans et demi, entre le 7 août 1855 au nº 14 de la salle Saint-Jean (hôpital des Enfants malades). L'enfant tousse depuis quatre jours, il a pris un vomitif il y a deux jours; la voix et la toux se sont progressivement éteintes, la suffocation est survenue hier.

Aujourd'hui on observe des fausses membranes sur les deux amygdales; peu de sonorité des deux côtés du thorax, la respiration s'entend encore des deux côtés; toux et voix fêlées, déchirées; pouls, 120, d'un volume moyen; la suffocation n'est pas menaçante. Potion avec chlorate de potasse, 4 grammes.

Le 8. Les deux amygdales sont tuméfiées et plaquées de fausses membranes; pas de tuméfaction de la région sous-maxillaire ni de la région cervicale; pouls, 128; pas de suffocation; toux et voix éteintes. — Chlorate de potasse, 4 gramm.

Le 9. Pouls, 112, régulier, d'un bon volume; état général meilleur; la voix est moins éteinte; les amygdales se débarrassent de leurs fausses membranes, celle de droite ne présente déjà plus qu'un petit point pseudo-membraneux, celle de gauche en conserve davantage. — Même traitement.

Le 10. Pouls, 96; bonne respiration; plus rien à l'arrière-gorge ni sur les amygdales; la voix revient. Même traitement. — Le 12, plus de fièvre; très-bon état; la voix est presque revenue. — Chlorate de potasse, 1 gramme seulement. — Le 15, même traitement. — Le 14. Pouls, 108; l'enfant est languissant; il y a un peu d'engorgement des ganglions sous-maxillaires; il tousse, et l'auscultation fait entendre quelques râles ronflants. — Suspendre le chlorate; tisane de gomme, potion gommeuse.

Le 16 août, *exeat*; guérison complète.

Ce cas était moins menaçant que celui des frères Faert, cependant les symptômes étaient assez nets pour rendre indubitable la nature de la maladie. Le cas suivant est analogue.

Obs. V. *Croup guéri par le chlorate de potasse, sans opération.* — Gagey (René-Louis), âgé de cinq ans, entre le 8 mars 1856 au n° 20 de la salle Saint-Jean (hôpital des Enfants malades). Cet enfant, blond et chétif, a commencé à tousser il y a trois jours. Hier sa voix est devenue rauque, et, en examinant la gorge, un médecin y a aperçu des fausses membranes. — Cautérisation avec le nitrate d'argent; calomel à l'intérieur. Le matin, nouvelle cautérisation.

Aujourd'hui, 8 mars au soir, l'amygdale droite présente une fausse membrane, pas d'engorgement ganglionnaire cervical; la toux est rauque; la voix est altérée, mais non éteinte; la fièvre est peu marquée, le pouls faible; l'enfant tousse peu, et l'auscultation ne fait rien entendre dans la poitrine; l'inspiration est sifflante, il n'y a pas de suffocation. — Chlorate de potasse, 4 grammes; potion vomitive.

Le 9 mars. L'enfant a rendu deux fausses membranes, qui ont été recueillies; l'amygdale droite porte trois plaques pseudo-membraneuses; pas d'engorgement ganglionnaire cervical. Voix et toux déchirée, peu sonore, très-différente de la toux striduleuse ; la voix semble moins altérée qu'hier soir; pas encore de suffocation; pouls, 100-108 ; inspirations, 36; respiration anxieuse et diaphragmatique; pas de diarrhée.— Potion avec chlorate de potasse, 4 grammes; looch avec kermès, 0,10.

Le 10. Pouls, 104, bon volume; voix plus éteinte qu'hier; pas de suffocation. Salivation abondante depuis hier soir, persistant ce matin; l'enfant a toujours besoin de garder un crachoir; le réactif accuse une notable quantité de chlorate de potasse dans la salive; la gorge est moins rouge; l'amygdale droite se nettoie, mais elle porte encore une plaque ; la toux est encore déchirée, la respiration est vésiculaire. — Même traitement.

Le 11. La salivation a persisté, et ne s'arrête que dans la matinée; plus de fièvre; l'amygdale est presque nettoyée; la voix est encore éteinte; pas de suffocation ; état général très-satisfaisant.

Le 12. Très-bon état, plus rien sur l'amygdale; la voix est encore un peu éteinte; rien à l'auscultation. — *Exeat*, sur la demande des parents.

Tels sont les quatre cas où nous avons employé le traitement par le chlorate de potasse, sans être forcé d'en venir à l'opération. Nous avons ensuite rapporté dans notre mémoire onze observations où le chlorate de potasse a été employé avec la trachéotomie, soit que ce médicament, administré dès le début, n'ait pas pu enrayer assez vite les symptômes menaçants pour dispenser de l'opération, soit que, la trachéotomie ayant été déjà pratiquée, le chlorate fût essayé comme adjuvant, pour empêcher la diphthérite de se reproduire ou de s'étendre. Sur ces onze cas, dont plusieurs présentaient des complications graves, on compte huit guérisons et trois morts.

Les observations dans lesquelles la trachéotomie a été pratiquée ne sont pas sans doute assez concluantes pour mettre hors de doute l'efficacité du chlorate; mais si elles se multiplient, elles pourront

y contribuer en améliorant la statistique. Ainsi, depuis le 1er janvier 1856 jusqu'à la fin de mars, 14 enfants ont été trachéotomisés dans le service de M. Blache, et tous ont pris du chlorate de potasse avant ou après l'opération. Sur ces 14 enfants, 9 sont sortis guéris et 5 sont morts. Si ces chiffres ne sont pas dus à quelqu'une de ces séries heureuses qui se présentent souvent dans les statistiques, ils indiquent une singulière augmentation du nombre des guérisons par la trachéotomie, nombre qui, dans les six dernières années, a été en moyenne de 1 sur 4 à 1 sur 5 (1). Nous pouvons déjà remarquer qu'une série dure rarement trois mois, et que, dans plusieurs des cas cités, les complications graves n'ont pas manqué : il faudra voir le résultat à la fin de l'année, et surtout comparer la proportion avec celle des enfants opérés dans les autres services de l'hôpital, où le chlorate de potasse n'aura pas été employé.

Si ces chiffres sont trompeurs, il nous reste au moins nos quatre observations de guérison, sans opération, par le chlorate, et nous ne craignons pas de dire qu'elles sont concluantes et doivent engager les praticiens à recourir au chlorate dès le début, et à ne pas trop se presser d'opérer. Lorsque la trachéotomie a été pratiquée, l'emploi du chlorate est encore indiqué, surtout lorsque la diphthérite se généralise, s'étend aux bronches, au pharynx, aux fosses nasales, et que l'enfant ne crache pas : on l'associera alors aux expectorants. Dans un de ces cas de diphthérite généralisée, nous avons obtenu une guérison complète. Si dans deux cas semblables, d'une très-grande gravité, nous avons échoué, ces généralisations ne nous semblent pas moins des cas d'indication formelle du chlorate de potasse; seulement nous pensons qu'il y aurait avantage à élever les doses, d'abord parce que la maladie est plus générale, l'intoxication plus profonde, mais surtout parce que nous devons nous rappeler que, dans nos expériences physiologiques, l'excitation sur la muqueuse nasale, l'altération de la voix, et une légère irritation bronchique, ne se sont produites qu'à des doses fort élevées. Du reste, l'expérience clinique pourra seule décider.

(1) Voici les chiffres des six dernières années à l'hôpital des Enfants :

1850...	28	opérés.	6	guéris.	Proportion :	presque 1 sur 3
1851...	31	—	12	—	—	plus de 1 sur 3
1852...	59	—	11	—	—	moins de 1 sur 5
1853...	61	—	7	—	—	plus de 1 sur 9
1854...	45	—	11	—	—	1 sur 4
1855...	48	—	10	—	—	plus de 1 sur 5
Total..	304		57			moins de 1 sur 4 1/2

Pour résumer ce que nous a appris l'observation des effets du chlorate de potasse dans les affections diphthéritiques, nous dirons que ce sel a une action locale évidente, par laquelle la muqueuse se modifie, se déterge; les fausses membranes tombent, les ulcérations se guérissent, tout rentre dans l'ordre. Cette action locale est la même dans la stomatite et dans l'angine, et probablement dans le croup, bien que nous n'ayons plus la partie malade sous les yeux : la moyenne du temps nécessaire à l'action favorable du médicament paraît notablement la même dans les trois affections.

En même temps quo les phénomènes locaux se modifient, les phénomènes généraux s'amendent aussi rapidement. Maintenant le chlorate de potasse a-t-il une action spécifique sur la cause générale de la diphthérite? Les faits ne nous permettent pas encore de répondre. Dans les quelques cas malheureux que nous avons rapportés, nous avons vu que, quand le chlorate n'avait pas eu le temps ou le pouvoir de modifier l'état local, l'élément général ne s'était pas amélioré. Peut-être des expériences nouvelles pourront-elles décider la question : celles qui consisteraient à élever les doses pourraient fournir un élément. En effet, il résulte assez bien des faits que nous avons cités que, pour la stomatite couenneuse et l'angine couenneuse, la dose n'a pas beaucoup d'influence sur la manière dont se modifient les parties malades. Dans la stomatite, il n'y a pas d'état général grave ; dans l'angine, il y en a un, et si l'élévation des doses amenait des résultats meilleurs, on pourrait présumer que, tout restant égal dans le phénomène local, si on a mieux réussi, c'est qu'on a agi sur l'état général.

Nous poursuivons ces recherches avec tout le zèle dont nous sommes capable, et nous espérons être bientôt à même de trancher quelques-unes des questions que nous laissons aujourd'hui indécises. Nous nous empresserons d'en consigner les résultats dans les colonnes du *Bulletin*, si largement ouvertes à toutes les conquêtes de la thérapeutique.

Docteur ISAMBERT.

De la guérison des névralgies par un médicament nouveau, le valérianate d'ammoniaque.

De toutes les affections de la pathologie, celles dont la nature, le diagnostic, la marche et le traitement offrent le plus d'incertitudes, sont celles que l'on désigne sous le nom de maladies nerveuses; elles sont aussi les plus fréquentes, car on a réuni sous le nom de névroses toutes les souffrances qui ne correspondent pas à une lésion bien déterminée ou connue, dont le siége inexactement établi est sujet à varier.

Les névroses ne sont pas toutes douloureuses; mais la plupart, les névralgies surtout, sont caractérisées par une douleur plus ou moins grande, qui acquiert une telle intensité chez certaines personnes qu'elles ne trouvent rien à leur comparer. Les véritables névralgies sont intolérables et portent au désespoir lorsqu'elles sont continues et de longue durée. Heureusement, d'ordinaire, elles existent par élancements aigus plus ou moins rapprochés, et assez souvent par accès.

Les ressources de la thérapeutique ont été épuisées contre ces maladies, sans qu'on ait pu jusqu'ici trouver un médicament d'un effet certain et constant. Depuis quelques années pourtant on est parvenu à modifier, même à guérir quelques névralgies par l'usage des ferrugineux, de la quinine et de la valériane.

Dans notre travail sur l'hystérie, publié en 1851, nous citions déjà la racine de valériane comme étant le médicament par excellence dans les affections nerveuses. Depuis cinq ans, nos observations se sont multipliées, un nouveau produit a été extrait de la racine fraîche de valériane, et aujourd'hui nous pouvons affirmer qu'un grand nombre des affections nerveuses simples peuvent être guéries, et que presque toutes peuvent être au moins modifiées par cet agent nouveau.

Nous avions depuis quelque temps remarqué que la poudre de racine fraiche de valériane était la plus active des préparations de cette plante; nous en serions resté certainement à cette simple donnée de l'expérience, sans le concours habile et persévérant de M. Pierlot.

Ce laborieux chimiste, ayant adopté la valériane comme objet de ses études, découvrit bientôt que la racine fraîche de valériane renfermait à l'état libre une grande proportion d'acide valérianique, et que cette proportion diminuait dans la racine sèche.

L'acide valérianique pris en petite quantité occasionne un sommeil prolongé, analogue à celui de l'opium. Son effet se produit presque aussitôt qu'on l'a introduit dans l'économie; en lavements surtout il calme aussi vite que l'éther.

L'acide valérianique se conserve difficilement, il se transforme en acide acétique; aussi M. Pierlot a-t-il eu la pensée de l'associer à une base qui, par elle-même, pût aider à l'action du liquide. Après divers essais, il choisit l'ammoniaque.

Nous avons expérimenté le valérianate d'ammoniaque dans des affections très-diverses et franchement nerveuses. L'action curative et assoupissante du médicament a presque toujours été instantanée.

De tels résultats sont trop importants pour n'être pas livrés de suite à la publicité médicale; nous citerons quelques observations qui appelleront l'attention particulière de nos confrères sur l'usage du valérianate d'ammoniaque; certain d'avance qu'ils seront heureux de posséder un nouveau médicament au moyen duquel ils obtiendront souvent des résultats, là où jusqu'à ce jour les moyens ordinaires avaient échoué.

Obs. I. Mme la marquise de Fontanelle (cette dame nous a autorisé à citer son nom) est atteinte, depuis six ans, d'une névralgie faciale des plus cruelles. Cette douleur apparut la première fois à l'occasion de la sortie tardive d'une dent de sagesse. Cette dent, poussant dans une mauvaise direction, les docteurs A. Legrand et Jobert de Lamballe en ordonnèrent l'extraction.

La douleur était si violente que Mme de Fontanelle ne put ouvrir la bouche et qu'il fallut la chloroformer.

En présence des docteurs consultés, M. Evans fit avec une grande habileté cette extraction difficile. La dent enlevée, la névralgie persista. Tous les moyens ordinaires furent employés contre elle : à l'intérieur, sulfate de quinine, opium, belladone, sulfate de strychnine, fer, or, quinquina, etc.; à l'extérieur, bouillie d'opium, vésicatoires, morphine, solanées, chloroforme, collodion, aconitine, etc.

MM. les professeurs Sédillot et Velpeau virent la malade, sans pouvoir lui procurer un soulagement. Le professeur Jobert de Lamballe proposa et obtint de faire des cautérisations au fer rouge sur le trajet du nerf maxillaire inférieur. Ce traitement, si effrayant pour une femme, diminua un peu l'acuité des douleurs sans les faire disparaître, et tout en souffrant moins, Mme de Fontanelle ne pouvait ni manger, ni parler; elle dut, pendant au moins six mois, avoir recours à des lavements nutritifs et à des bains toniques, pour entretenir sa santé et sa vie.

Les eaux de Plombières firent, pendant quelque temps, diminuer le nombre des douleurs; mais dès la seconde saison, l'action en fut au moins nulle ; à la troisième, Mme de Fontanelle s'en trouva plus malade.

Elle en était là de ses souffrances, lorsque, le 19 décembre 1855, nous eûmes à lui donner nos soins.

L'amélioration produite par la première saison des eaux de Plombières nous détermina à faire usage de la liqueur de Fowler.

La malade se décida d'autant plus volontiers à ce moyen, qu'elle voulait mourir, disait-elle, plutôt que de devenir folle de souffrances. Une de ses amies, du reste, Mme de Balzac, lui avait écrit d'Allemagne, que l'usage de ce médicament était fréquent dans le pays qu'elle habitait, et qu'il avait, à sa connaissance, guéri plus d'une névralgie.

Du 19 au 22 décembre, douze gouttes le matin, douze gouttes à midi, douze gouttes le soir du mélange suivant :

Liqueur de Fowler...... 1/4.
Eau de menthe....... 3/4.

Le 22, il y a un peu d'amélioration, mais la langue devient rouge et l'estomac douloureux : Mme de Fontanelle ne consent pas à diminuer de suite la dose, parce que la légère amélioration qu'elle éprouve lui fait espérer un soulagement plus complet.

Le 24, il y a des vomissements, de la diarrhée, des crampes d'estomac, les douleurs recommencent; nous suspendons le médicament.

Le 3 janvier 1856, la douleur était insupportable, le désespoir s'emparait de ma cliente; j'essayai le valérianate d'ammoniaque.

Une cuillerée à café prise le soir modifia la nuit et la rendit passable. Deux cuillerées le lendemain procurèrent du soulagement.

Le 6 janvier, la malade put sortir et causer.

Le 19, elle entr'ouvrait la bouche et commençait à manger.

Le 3 février, Mme de Fontanelle vint souriante au-devant de moi, et m'accueillit en me disant : « Docteur, j'ai pu aller dîner en ville, j'ai pu rire; dans le monde on m'a prise pour un revenant. »

Nous élevâmes successivement la dose du médicament jusqu'à une cuillerée à dessert matin et soir; l'amélioration fut si grande que le visage reprit un tout autre aspect, et l'appétit revint avec l'espoir.

Enfin, le 6 mai, les douleurs ayant complétement cessé depuis plusieurs jours, nous suspendîmes l'usage du médicament. Plusieurs semaines se passèrent sans un seul élancement; mais à la première douleur, la marquise, effrayée, sauta sur son flacon et reprit du valérianate.

De temps en temps, il survient quelques élancements; mais chaque fois le valérianate les fait disparaître. L'amélioration continue, et rien dans l'avenir ne nous fait prévoir qu'il doive perdre de son efficacité dans les cas de récidive.

L'observation que nous venons de citer est une observation importante. D'abord la malade été suivie avec soin et même avec affection par les hommes les plus éminents; pendant six ans presque tous les moyens connus ont été employés sans résultat de quelque durée.

Cette névralgie était d'autant plus rebelle qu'elle était héréditaire. La mère de Mme de Fontanelle a souffert affreusement d'une névralgie analogue; son frère, le comte d'Essex, a le tic douloureux depuis sa jeunesse, aussi est-il connu en Angleterre autant par ses grandes souffrances que par sa haute position.

M. le docteur A. Legrand a suivi cette guérison, qu'il avait déclarée impossible, depuis six ans; il voulut vérifier par lui-même la valeur du nouveau médicament, et l'ordonna aux mêmes doses à Mme de V***, qu'il considérait également comme incurable. Nous savons que l'amélioration a été assez prompte, mais nous avons appris que le docteur Legrand, ayant trop rapidement élevé la dose, a constaté chez sa cliente « quelques accidents vers le cerveau. » Ces accidents se sont dissipés aussitôt que le valérianate a été repris à une dose convenable. Aujourd'hui Mme de V*** se considère comme guérie.

Obs. II. M. E. Letellier accompagne sa femme à Plombières. Pendant son séjour aux eaux, au commencement d'octobre, il est pris d'une douleur dans la tête; cette douleur s'étend dans les muscles du cou, elle parcourt le dessus du

front et va se perdre dans les branches du nerf facial. Il est impossible au malade de soulever sa tête de l'oreiller.

Divers moyens sont employés à Plombières, les douleurs s'en augmentent; le malade est ramené à Paris.

Le moindre mouvement est pour lui si douloureux qu'il ne peut supporter le transport sans avoir la tête soutenue dans les mains de Mme Letellier.

Le docteur Louis emploie les vésicatoires, la sauge, la quinine et la morphine, sans résultat aucun. M. Letellier, pour engourdir ses douleurs, prit tant de morphine qu'il tomba dans un état de torpeur alarmant.

Le 1er octobre 1855, nous trouvâmes le malade dans un état de souffrance extrême; depuis deux jours il n'avait pas pris de morphine et souffrait constamment.

Le même jour nous commençons l'usage du valérianate d'ammoniaque. Deux cuillerées à café par jour dans un demi-verre d'eau sucrée; dès la même nuit il y eut un peu de repos.

En continuant l'usage du valérianate, sans augmenter sa dose, le malade put se lever au bout de cinq jours. Dès le neuvième jour, il sortit à pied prendre un bain; les douleurs ne se faisaient plus sentir que dans le cou et le derrière de la tête; les nuits étaient bonnes, l'intelligence et l'aptitude aux affaires complétement revenues.

Enfin, dès le 24 du même mois, nous ne visitâmes plus le malade.

Dernièrement nous l'avons rencontré, et il nous a dit avoir eu quelques légers élancements, qu'il a fait disparaître aussitôt par une cuillerée de valérianate.

Prochainement nous donnerons quelques observations de névralgies, dans lesquelles le valérianate d'ammoniaque a réussi avec une admirable promptitude.

Du reste, ce médicament commence déjà à être connu de plusieurs praticiens. Le docteur Gaubert, qui s'est particulièrement occupé de thérapeutique et d'hygiène, nous disait dernièrement s'être très-bien trouvé dans sa pratique de l'usage du valérianate d'ammoniaque.

Des expériences ont été faites à la Salpêtrière, dans le service de M. Lelut; ces expériences ont donné des résultats très-curieux, qui seront publiés probablement par le chef de ce service, ou par quelqu'un des ses élèves. En tout cas, nous engageons nos confrères à essayer ce médicament dans les affections nerveuses rebelles, et nul doute qu'ils n'en obtiennent des résultats aussi remarquables que les nôtres. Docteur Déclat.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la valeur du sédiment briqueté des urines comme diagnostic de l'intermittence et comme source d'indications thérapeutiques.—Telle est une des nombreuses questions de pratique médicale dont la solution est encore pendante et que nous n'hésitons pas à

rappeler à l'esprit de ceux de nos confrères qui, exerçant dans les localités où les inondations viennent de porter leurs ravages, vont avoir le triste avantage d'être convenablement placés pour y répondre. Une des indications thérapeutiques les plus précieuses et les moins contestables est celle qui naît de la constatation de l'intermittence dans les maladies. L'expérience, en effet, a démontré que ces maladies, quelles qu'elles fussent, phlegmasie, hémorrhagie, névrose, etc., cédaient à une indication spéciale. Malheureusement la plupart des auteurs se sont occupés avec un plus grand soin de tracer les règles de l'administration du quinquina que de nous fournir un signe séméiotique d'une valeur non douteuse. Si dans les fièvres *larvées* la connaissance de ce signe devient une source précieuse d'indication, elle devient urgente dans la forme *pernicieuse* des maladies. Ici la vie des malades tient uniquement à la sagacité du praticien. Que la nature des accidents dont il est témoin lui échappe et qu'il néglige quelquefois seulement, pendant les premières vingt-quatre heures, l'indication d'administrer le sulfate de quinine, la mort est certaine; qu'il la remplisse, au contraire, le retour à la santé est la règle. L'étude de ce point de la question vaut bien, on le voit, la peine d'être repris.

Les anciens, mieux que nous encore, avaient compris que les indications sont, comme dit Quesnay, le nerf de la pratique; qu'aussitôt établies, les moyens de les remplir se présentaient d'eux-mêmes. C'était donc à poser ces sources de déterminations qu'ils s'appliquaient. Morton est le premier auteur, que nous sachions, qui ait signalé la valeur des urines briquetées comme signe du type intermittent des maladies. Il n'est pas le seul; ainsi on trouve dans Baglivi le passage suivant : « J'ai une remarque à faire en passant, dit l'illustre médecin de Rome, à propos de cette espèce d'urines : c'est qu'une observation très-souvent répétée m'a mis à même de voir que, dans tous les cas à peu près où l'on trouvait l'urine ainsi colorée, la maladie avait sa source réelle au même foyer que les fièvres intermittentes, et mes conjectures à cet égard se sont trouvées d'accord avec l'expérience. Ainsi, j'ai vu souvent des douleurs périodiques ou autres maladies qui s'exaspéraient par périodes, comme de véritables fièvres, offrir en même temps cette couleur de brique ou du moins fortement colorée en rouge; tout semblait échouer contre ces maladies, mais on en venait facilement à bout dès qu'on les attaquait comme une fièvre intermittente..... »

La valeur de l'assertion de ces deux grandes illustrations médicales a été contestée. Qu'on nie la constance du phénomène, nous l'ac-

cordons ; mais qu'on fasse table rase de la leçon des anciens, à ce point surtout qu'il n'en soit pas fait mention dans aucun des traités modernes, même dans ceux qui ont pour but d'étudier la valeur séméiotique des urines, nous croyons qu'il y a là une lacune regrettable qu'il importe de combler. Hourman, notre regrettable confrère, qui a dû étudier ce point de la question dans la thèse qu'il a soutenue sur l'intermittence, était loin de repousser l'enseignement que nous léguait Morton, et il a rapporté à l'appui un fait d'autant plus intéressant que la personne qui en fait le sujet a été plus tard une de nos illustrations chirurgicales. Nous ne résistons pas au désir de lui emprunter ce fait, qui doit être connu de bien peu de médecins.

« Dans l'hiver de 1824, Aug. Bérard, alors élève dans le service de Béclard à l'hôpital de la Pitié, venait de se livrer à des études opiniâtres et ressentait toutes les fatigues qui en sont inséparables. Un matin, en prenant son premier repas, M. Bérard éprouva tout à coup un malaise considérable, suivi de vomissement. A ce vomissement succéda un état de torpeur intellectuelle qui se prolongea jusqu'au soir, et se changea alors en un véritable coma. Voici quelle était sa forme : sommeil profond, respiration calme et large, pouls tout à fait naturel, insensibilité complète à toutes les excitations', même à la torsion de la peau.

Vers minuit, Béclard vit le malade et ne dissimula pas ses craintes. Ayant appris ce qui avait été fait pour combattre le coma, il conseilla d'insister sur les applications de sinapismes, les lavements camphrés, etc. Depuis une demi-heure au plus, Béclard était parti, quand M. A. Bérard ouvrit les yeux et demanda le vase de nuit. L'urine était d'une teinte foncée et assez abondante. A peine l'émission de l'urine fut-elle achevée que le sommeil redevint aussi profond et l'insensibilité aussi complète.

M. Bérard, plus frappé de ce réveil subit, et surtout de la teinte des urines, soupçonna de suite une fièvre pernicieuse, et garda avec soin les urines pour les montrer à Béclard. Quand elles lui furent présentées dans la matinée du lendemain, elles avaient déposé un épais sédiment. Cette circonstance, jointe aux détails qui lui furent communiqués, lui fit bientôt partager le soupçon d'une fièvre intermittente pernicieuse, malgré la longueur du coma et la courte intermission constatée. Le sulfate de quinine, sur lequel les expériences étaient encore récentes, fut préparé pour être administré pendant la nuit, à la dose de 16 grains, dès que l'intermission apparaîtrait, si elle devait se renouveler. Elle se renouvela en effet à la même heure

que la nuit précédente et avec les mêmes phénomènes. Le malade prit en une seule fois la solution de quinine, et, comme la veille, retomba presque instantanément dans le sommeil et l'insensibilité; mais l'accès de coma ne se prolongea pas autant. Nouvelle administration du sulfate de quinine à dose égale. L'accès qui suivit, c'était le troisième, consista presque exclusivement dans le sommeil; la sensibilité tactile était manifestement excitée par les divers moyens de stimulation qu'on employait pour l'éprouver. Cependant le sommeil était toujours assez profond pour qu'on ne pût l'interrompre; il se dissipa d'ailleurs spontanément dès le matin. On donna en toute hâte encore le sulfate de quinine, à la même dose. La journée entière se passa dans un simple engourdissement; c'était plutôt une somnolence qu'un vrai sommeil; le malade répondait aux questions faites même à voix basse. A partir de ce moment, guérison assurée et complète en quelques jours. »

La médecine, comme toutes les sciences naturelles, est basée exclusivement sur l'expérience et sur l'observation. Lorsqu'un point demeure en litige, au lieu de perdre son temps à discuter la valeur des diverses assertions émises pour ou contre, il est beaucoup plus simple et plus prompt de se remettre à l'étude et de consulter la nature. Seulement ce qui donne à notre science un cachet à part, c'est qu'elle est obligée d'attendre du hasard des circonstances les occasions de contrôler les résultats des observations antérieures. En physique comme en chimie, les expérimentateurs peuvent reproduire à volonté les éléments des problèmes qu'ils ont à résoudre, soit comme moyen d'étude, soit comme moyen de démonstration. Il n'en est pas de même de la thérapeutique appliquée. Il ne nous est pas possible de créer les circonstances morbides qui font d'un médicament un remède; de là, la nécessité d'avoir toujours présentes à l'esprit les lacunes de la science, afin de profiter de toutes les occasions qui nous sont offertes de les combler, et c'est là le motif qui nous porte à rappeler à nos confrères l'incertitude qui règne à l'égard de la valeur des urines briquetées, au point de vue de l'indication de la médication quinique. S'ils le veulent, dans quelques mois les renseignements qu'ils pourront nous fournir seront assez nombreux pour nous permettre de trancher définitivement la question en litige.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement. *Pendant combien de temps après la délivrance le médecin doit-il rester auprès de la femme qui vient d'accoucher.* On a établi en principe que tout accoucheur ayant rempli sa mission, c'est-à-dire ayant accouché et délivré la femme à laquelle il donne des soins, ne doit se retirer que deux heures après la délivrance de celle-ci On a supposé que ce laps de temps écoulé, l'éventualité d'une hémorrhagie a complétement disparu Cela peut être, et cela est effectivement dans l'immense majorité des cas. Mais peut-on instituer une règle fixe en pareille matière ? Une hémorrhagie peut survenir une demi-heure, une heure, deux heures après la délivrance, comme elle peut se produire plus tard. Mais quand, au bout d'une heure, il n'y a point eu d'hémorrhagie, lorsque l'utérus est revenu sur lui-même, et surtout lorsqu'il n'a pas subi une distension excessive, soit à cause du volume de l'enfant, soit par suite d'une hydropisie amniotique, lorsque non plus l'accouchement n'a pas été trop rapide, le médecin peut se retirer en toute sûreté de conscience. Il arrive sans doute que des hémorrhagies se manifestent tardivement, plusieurs heures, par exemple, après la délivrance, mais le plus souvent elles sont le résultat d'émotions morales ou d'imprudences qui ne sauraient être imputées à la négligence du médecin. Toutes les fois donc que, par une circonstance quelconque, l'utérus éprouve de la difficulté à revenir sur lui-même, il faut prévoir la possibilité d'une perte, et pour s'y opposer, M. Depaul donne le conseil d'administrer par avance le seigle ergoté. C'est un précepte qui lui paraît de la plus haute importance dans les cas douteux, ou lorsque les circonstances obligent le médecin à rester le moins longtemps possible après la délivrance auprès de la nouvelle accouchée; car M. Depaul n'a pas vu d'exemple d'hémorrhagie consécutive à une rétraction incomplète de l'utérus chez une femme qui a pris en temps opportun cet excellent hémostatique. (*Journ. de méd et de chir. prat.*, juin.)

Angine couenneuse (*Bons effets de l'emploi de la teinture d'iode dans l'*). Tout en reconnaissant que l'angine diphthéritique est rarement une affection locale, il n'en est pas moins vrai que les applications topiques doivent occuper une certaine place dans le traitement de cette affection, ne fût-ce que pour favoriser l'élimination des plaques pseudo-membraneuses et pour modifier la membrane muqueuse sous-jacente. L'expérience se prononce de plus en plus aujourd'hui contre les cautérisations avec les acides forts, qui détruisent les tissus sans les modifier, et nous avons vu reparaître, dans ces derniers temps, l'emploi de modificateurs moins énergiques et moins dangereux : l'alun, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent, le suc de citron et enfin la teinture d'iode, qui paraîtrait posséder contre cette affection une action presque spécifique; c'est du moins ce qu'on serait tenté de conclure d'un fait rapporté par M. le docteur Perron, médecin sanitaire à Alexandrie. Il s'agit d'une dame de vingt-deux ans, d'un embonpoint assez développé, d'un tempérament lymphatique, qui ne ressentait qu'une gêne assez supportable à l'isthme du gosier, chez laquelle la déglutition du liquide ou de la salive n'était pas très-pénible, qui n'avait pas de fièvre, mais chez laquelle le gonflement des amygdales s'accusait sur le cou par un relief très-prononcé, la voix nasillait, et qui rendait par la sputation, sans toux, des crachats ordinaires, mais filants et teints par places nettement tranchées de sang noir foncé, ou bien mêlés de sortes de petits grumeaux ou caillots de sang qui ressemblaient à des détritus noirs détachés d'ulcérations scorbutiques baveuses. En revanche, la luette élargie, gonflée, le voile du palais, étaient recouverts d'une couenne diphthéritique épaisse, solide, grisâtre. Les amygdales tuméfiées, surtout la droite, étaient toutes semées de taches diphthéritiques épaisses, près de se confondre, d'une couleur grisâtre; quelques points blancs pseudo-membraneux au fond du pharynx; sur la face inférieure de l'arcade gingivale droite, membrane diphthéritique, s'allongeant presque près de la première petite molaire de ce côté, et s'élargissant par un bout frangé vers la voûte du palais. Tout le bord gingival était, jusque près de la canine droite, fortement violacé, et

cette teinte s'étendait en diminuant jusqu'au milieu de la voûte palatine, avec suintement noir et sale; odeur de putrilage scorbutique. Pour traitement, application d'une vingtaine de sangsues et gargarisme, toutes les dix à quinze minutes, avec un liquide simplement composé d'eau et de 1/12 en poids de teinture d'iode, plus quelques centigrammes d'iodure de potassium. Après la cinquième fois que la malade se fût gargarisée, le suintement sanguin des gencives cessa. Le soir, la membrane diphthéritique gingivale avait diminué d'épaisseur, jusqu'à être transparente et comme déchiquetée. Celle du voile du palais et de la luette avait considérablement diminué d'épaisseur; de même encore, les taches couenneuses des tonsilles, et les tonsilles avaient moins de volume; il n'y avait plus de taches au pharynx, on continua. Mais le lendemain, la malade trouvant mauvais le goût du liquide et ressentant une sorte d'ustion chaque fois qu'on la faisait se gargariser, on réduisit la proportion de teinture à 1/24. Deux jours après il n'y avait plus de diphthérite. On continua les gargarismes avec le vin de quinquina et le vin aromatique; la rougeur de l'arcade dentaire dura plus de deux mois encore. (*Union médic.*, mai.)

Caoutchouc (*Sur les accidents que développe chez les ouvriers en*) *l'inhalation du sulfure de carbone.* Les progrès immenses de l'industrie, en réalisant tant de merveilles, en multipliant les produits de toute sorte, en les mettant à la portée de toutes les fortunes, ont eu le grave inconvénient, dans bien des circonstances, de créer des maladies nouvelles, fruits des rapports de l'organisme humain avec un produit chimique non encore employé d'une manière large et générale. C'est ce que l'expérience vient de montrer pour l'industrie du caoutchouc, dont les usages deviennent chaque jour plus divers et plus importants, et pour la dissolution duquel on emploie aujourd'hui le sulfure de carbone. Souvent employé pur, il est fréquemment aussi mêlé à d'autres corps; mais comme son action sur l'organisme est toujours identique, et que les seules variations consistent dans la rapidité plus ou moins grande de l'invasion des accidents ou dans l'addition de symptômes qu'il est facile d'éliminer, c'est de son action que M. Delpech s'est surtout occupé dans le mémoire intéressant qu'il a lu sur ce sujet à l'Académie de médecine.

Troubles profonds de la digestion et de la nutrition, anorexie, nausées, amaigrissement, cachexie, vomissements sans diarrhée ni constipation constantes; troubles nerveux, éblouissements, vertiges, céphalalgie, amaurose, surdité, analgésie, diminution, destruction presque complète de la contractilité musculaire, avec conservation de l'irritabilité électrique, atrophie; impuissance, altération de l'intelligence, hébétude, perte de la mémoire, et, en dernier lieu, comme singulier et fort important caractère, amélioration presque constante, et, le plus souvent, guérison complète par l'éloignement suffisamment prolongé de la cause qui l'a produite; tels sont les caractères que M. Delpech rapporte à l'intoxication par les vapeurs de sulfure de carbone. Tantôt les accidents débutent brusquement, et, pour ainsi dire, d'une manière aiguë, et il se manifeste dès l'abord une prédominance marquée de phénomènes comparables à ceux de l'ivresse alcoolique; tantôt l'invasion est lente, progressive, et prend dès l'abord la forme chronique. Chez quelques sujets, de légers symptômes se sont développés insensiblement dès l'origine; le plus souvent c'est de quatre semaines à cinq mois que date le début des phénomènes d'intoxication. Avant tout, la céphalalgie, l'inappétence, le dégoût se sont développés dès l'abord, puis sont venus des accidents légers, frissons, tremblement. La vue et l'ouïe n'ont pas, en général, tardé à être altérées; puis enfin les altérations de l'intelligence, l'impuissance, la paralysie, l'atrophie musculaire, le dépérissement, la cachexie, ont complété les caractères de la maladie confirmée, dans les cas les plus graves.

On comprend qu'en présence d'une maladie aussi nouvelle, la thérapeutique ne puisse encore être établie d'une manière définitive. On peut cependant la rattacher à trois indications principales: 1° soustraire le malade aux causes d'intoxication, en le faisant renoncer à sa profession; 2° rétablir la santé générale à l'aide des toniques et des ferrugineux; 3° combattre les accidents spéciaux. La faiblesse musculaire, la paralysie avec ou sans atrophie, les altérations de l'intelligence, l'anaphrodisie, réclament, d'après M. Delpech, non pas des hyposthénisants (saignées, diète, etc.), mais bien des stimulants de la fibre nerveuse (médi-

cation strychnique, noix vomique, fève de Saint-Ignace, strychnine, brucine, rhus toxicodendron). On y joint avec avantage l'électricité dans ses diverses formes d'application.

Cauchemar *intermittent guéri par une impression morale*. Il est des affections que l'on chercherait en vain à guérir, à modifier même par l'emploi des remèdes proprement dits et des moyens empruntés à la thérapeutique ordinaire; telles sont, en particulier, certaines affections vésaniques qui résultent le plus habituellement de causes morales, de passions vives, de chagrins prolongés, joints aux fatigues physiques qui en sont le plus souvent inséparables. Ce n'est que par la cessation même de leur cause, ou par une diversion morale puissante et énergique, rompant brusquement, en quelque sorte, l'habitude morbide, qu'on peut espérer la guérison de ces sortes d'accidents. On trouvera un exemple frappant des ressources que peut fournir en pareil cas la médecine morale dans le fait suivant, que vient de publier M. le docteur Ferrez.

Un homme d'une constitution athlétique, mais d'un tempérament nerveux très-prononcé, avait vu sa fille, pour laquelle il éprouvait la plus vive tendresse, sur le point de mourir, à la suite d'une hémorrhagie utérine qui se renouvela plusieurs fois, et mit pendant longtemps ses jours en danger. Il passa près de quarante nuits sans sommeil. Chaque soir, à minuit, il arrivait au pied de son lit, s'y établissait, et aucune fatigue ne pouvait le distraire des soins qu'il prodiguait à sa fille. Enfin, les accidents se calmèrent, et la jeune femme fut rendue à la santé. Exténué, pâle, amaigri, autant par les tortures morales que par les fatigues corporelles, cet homme voulut alors jouir du repos dont il avait tant besoin, mais il lui fut impossible de se livrer au sommeil; ou, s'il s'endormait, à l'heure de minuit, il était pris d'un horrible cauchemar qui le mettait dans un tel état d'agitation et de souffrance, que, s'il ne fût survenu plusieurs fois une hémorrhagie nasale, il serait probablement mort d'apoplexie.

Il usa en vain de mille moyens pour rappeler le sommeil ou pour dissiper les rêves qui l'obsédaient; loin de s'affaiblir, le cauchemar qui le poursuivait semblait au contraire prendre plus d'intensité, et il survenait du reste constamment à la même heure, à minuit précis.

Ces accidents, ajoute l'auteur de cette relation, furent encore aggravés par une circonstance fortuite, qui donna à son cauchemar habituel un caractère plus fâcheux. La convalescence de sa fille était déclarée, et depuis longtemps déjà on n'avait plus d'inquiétude sur sa santé; mais cette jeune femme perdait ses cheveux, et son père résolut d'en arrêter la chute en lui rasant la tête, ce qu'il fit lui-même, sans prévoir les tristes conséquences que cette opération aurait pour lui. En effet, la nuit suivante, à l'heure ordinaire, et pendant qu'il était plongé dans un profond sommeil, un point lumineux lui apparut au fond de sa chambre, tourna rapidement en l'entourant d'un cercle immense, qui peu à peu se rétrécit, et bientôt il reconnut avec horreur que cet objet était la tête de sa fille fraîchement coupée et laissant échapper des flots de sang par la plaie du cou. Il veut courir pour étancher ce sang, mais une force invincible le retient cloué sur son lit; il veut crier, et la parole expire sur ses lèvres; enfin, il s'éveille dans un tel état d'agitation et de douleur, que si une forte hémorrhagie nasale ne fût survenue, un accident semblait imminent.

De si vives souffrances eurent bientôt épuisé sa constitution; le malade s'amaigrit rapidement, et son état semblait assez alarmant lorsqu'il vint consulter M. le docteur Ferrez. Il avait, jusque-là, caché avec soin à sa famille les illusions dont il était victime. M. Ferrez lui conseilla, au contraire, d'en informer les siens, afin de trouver dans leurs soins et leur affection un remède à ses maux. Il prescrivit ensuite différents moyens propres à calmer son agitation. Mais ce fut dans la tendresse filiale qu'il trouva un remède plus efficace que les prescriptions du médecin. Dès que la jeune femme fut instruite des accidents qu'éprouvait son père, elle le fit surveiller attentivement pendant son sommeil, et prit soin de se présenter à lui avant minuit, heure fatale à laquelle commençaient les rêves pénibles. Par cette simple précaution, elle prévint le retour du cauchemar, et peu à peu l'agitation, les maux de tête, les crampes se dissipèrent, et le malade se trouva entièrement débarrassé de l'insomnie et des rêves qui l'avaient si cruellement obsédé.

Dyssenterie chronique (*Emploi de la teinture d'iode en lavement dans la*). Aux faits que M. Delioux a consignés, il y a quelque temps, dans ce journal, relativement à l'emploi de la teinture d'iode en lavements dans la diarrhée et la dyssenterie, nous sommes heureux d'en ajouter de nouveaux recueillis sur un tout autre théâtre, à Lyon, dans le service de M. Bossu. Le résultat a dépassé en réalité toute attente. Sur trois malades soumis à ce genre de médication, deux ont guéri après l'emploi de deux lavements seulement. Quant au troisième, dont la maladie remontait à plusieurs années, il guérit aussi, mais six lavements furent nécessaires pour venir à bout de cette maladie, si profondément enracinée. Or, chez ces trois malades, bien que la dose de teinture d'iode ait été de 15, 20, 25 et jusqu'à 30 gouttes pour un quart de lavement de 150 grammes d'eau, suivant la tolérance du sujet, ces lavements ont été parfaitement supportés, même par les individus les plus faibles; et à part le premier lavement, qui cause un peu de pesanteur et de chaleur rectale, les malades n'ont éprouvé aucun malaise et ont pu le garder impunément depuis un quart d'heure jusqu'à deux et même trois heures.

La malade qui fait le sujet de la première observation était affectée d'une dyssenterie aiguë datant de quinze jours lorsqu'elle entra à l'hôpital, le 26 septembre. Depuis cette époque jusqu'au 8 novembre, emploi infructueux d'une foule de moyens (diascordium, purgatifs, sirop d'airelle, lavement de ratanhia, lavement de nitrate d'argent, ipécacuanha en potion, etc., etc.). Le 8 novembre, les selles étaient encore très-nombreuses, et le plus souvent sanguinolentes; faiblesse extrême (un quart de lavement avec 15 gouttes de teinture d'iode), ce lavement est gardé un quart d'heure; quatre selles seulement au lieu de quinze à vingt. Le 10, sentiment de bien-être général (même lavement avec 10 gouttes); ce lavement est gardé une demi-heure sans douleur. Du 12 au 15, mieux très-marqué; trois selles seulement. Le 19, amélioration croissante. Du 20 au 25, changement des plus notables; l'appétit revient; digestion facile; une ou deux selles non sanguinolentes. Le 26, la malade quitte l'hôpital.

Dans la troisième observation, beaucoup plus grave que la précédente, il est question d'une dyssenterie chronique datant de trois ans et demi. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 8 décembre, selles presque toujours sanguinolentes, au nombre de quatre ou cinq seulement dans les vingt-quatre heures, épreintes anales très-vives avec ténesme, ventre empâté, mais peu douloureux, pâleur de la face, amaigrissement, faiblesse générale, appétit peu développé, pouls à cent minutes, chaleur normale de la peau. Après l'emploi infructueux, pendant dix jours, de divers moyens, on prescrit, le 18, un quart de lavement avec 10 gouttes de teinture d'iode pour 150 grammes d'eau. Ce lavement est gardé trois heures et ne détermine qu'une surexcitation légère de chaleur vers l'extrémité inférieure de l intestin : trois selles dans les vingt-quatre heures, dont une sanguinolente. Le 20, repos. Le 21, un quart de lavement avec 20 gouttes; pas d'ardeur rectale; trois selles dans les vingt-quatre heures; plus d'épreintes ni d'envies d'aller à la garde-robe. Le 22, repos. Le 23, un quart de lavement avec 25 gouttes; une selle seulement dans les vingt-quatre heures. Mieux très-sensible; sentiment de bien-être général. Le 24, repos. Le 25, un quart de lavement avec 25 gouttes. Bien-être croissant; une selle seulement dans les vingt-quatre heures Le 26, pour assurer la guérison, un quart de lavement avec 30 gouttes. Une selle seulement dans le jour, sans la moindre trace de sang. A partir de ce moment, état des plus satisfaisants. (*Thèses de Paris*, 1858.)

Hémorrhagies (*Des accidents congestifs dus à la cessation brusque des hémorrhagies habituelles chez les sujets anémiques*). Parmi les accidents et les dangers inhérents aux hémorrhagies, il en est un contre lequel tous les praticiens ne sont peut être pas suffisamment prémunis, et qu'il importe, par conséquent, de rappeler, l'occasion s'en présentant; ce danger, c'est celui qu'entraîne la cessation brusque et complète d'une hémorrhagie habituelle; c'est une disposition congestive qui semble indiquer une sorte de pléthore relative succédant à l'anémie. Tel est le cas, par exemple, des femmes ayant des polypes utérins qui entretiennent chez elles des hémorrhagies incessantes, que l'on fait cesser brusquement en enlevant leur cause, c'est-à-dire en pratiquant l'ablation du polype. C'est à l'occasion d'un fait de ce genre que M. le professeur Nélaton appelait

récemment l'attention de son auditoire sur ce genre d'accident.

On voit souvent, a dit ce professeur, chez les sujets qui ont eu de nombreuses et abondantes hémorrhagies, et alors même qu'ils sont jetés dans un état d'anémie profonde, se manifester des accidents congestifs, le plus habituellement du côté du cerveau, lorsque ces hémorrhagies viennent à cesser d'une manière brusque et complète. Ces accidents sont assez graves dans quelques cas pour causer la mort. En voici un exemple.

Il y a quatre ans environ, M. Nélaton fut appelé en consultation à Versailles auprès d'une femme portant un polype intra-utérin, et qui était depuis longtemps en proie à des hémorrhagies répétées, qui l'avaient jetée dans une profonde anémie. Son état de faiblesse était tel que sa vie semblait être immédiatement menacée, et qu'on jugea utile d'agir sur-le-champ à l'aide des pinces de Museux. On put saisir et extraire avec assez de facilité un polype beaucoup plus volumineux qu'un œuf de poule, et qui adhérait par un pédicule rétréci au fond de l'utérus. Mais à peine ce polype venait-il d'être extrait, que l'on constata la présence d'une seconde tumeur semblable. Espérant que l'ablation du premier polype suffirait pour diminuer au moins les hémorrhagies, sinon pour y mettre un terme, et pour soustraire, par conséquent, la malade à un danger imminent, M. Nélaton se proposait d'en rester là; mais sur les instances des médecins assistants, il se décida, quoiqu'à regret, à enlever la deuxième tumeur. Cette seconde opération présenta beaucoup plus de difficultés que la première. On reconnut plus tard qu'on avait eu affaire à un utérus bicorne, et que chacune des deux divisions de cet organe renfermait un polype. Néanmoins aucun accident immédiat ne suivit cette opération laborieuse; mais la malade succomba plus tard aux symptômes d'une congestion cérébrale, malgré, ou plutôt à cause même de l'extrême degré d'anémie où elle avait été plongée par les hémorrhagies répétées qu'elle avait essuyées. (*Gaz. des hôpit.*, juin 1856.)

Hydarthrose (*Substitution des applications d'acide nitrique aux vésicatoires volants dans le traitement de l'*). On ne fait pas généralement assez usage de l'acide nitrique dans la pratique médico-chirurgicale : à l'extérieur, c'est un moyen de produire un effet révulsif des plus marqués, et les Américains s'en servent comme de l'ammoniaque, pour obtenir extemporanément un vésicatoire peu étendu. On connaît aussi en Angleterre un liniment vésicant, qui est formé de deux parties d'acide nitro-muriatique, d'une partie d'essence de térébenthine et de cinq parties d'huile camphrée ou d'axonge. Des frictions faites avec une éponge sur la peau produisent, en quatre ou cinq minutes, de la rougeur et de la chaleur; si l'on continue ces frictions, on voit paraître de petites vésicules, et des frictions nouvelles amènent l'excoriation et une exsudation abondante de sérosité. L'acide nitrique a, en effet, quand on l'emploie d'une manière un peu large, des effets plus remarquables que le vésicatoire : son action est plus puissante et plus profonde, mais aussi plus douloureuse. M. Chassaignac a remplacé depuis quelque temps les vésicatoires volants dans l'hydarthrose par les applications d'acide nitrique : il trempe un pinceau de ouate dans de l'acide nitrique du commerce à 36° ou 40°, et badigeonne avec ce pinceau toute la surface de l'articulation. Il résulte de cette application une plaie superficielle suintant un liquide séro-purulent; on la touche chaque jour avec une solution de nitrate d'argent au 1/12, et quand elle est sèche, on la recouvre d'une nouvelle couche d'acide nitrique, ainsi de suite, deux ou trois fois dans le cours du traitement. Grâce à ces cautérisations, précédées par des applications de sangsues sur la partie malade, la guérison s'obtient assez facilement. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, mai.)

Kystes *sus-orbitaires congénitaux* (*Un mot sur les*). M. le docteur Gaillard, de Poitiers, vient de rapporter un certain nombre d'observations de kyste congénital sus-orbitaire, qu'il a observés dans sa pratique civile ou dans son service d'hôpital, et il en a pris occasion de présenter sur ce sujet quelques considérations pratiques. Soit que le hasard ait favorisé sous ce rapport M. Gaillard, soit que les faits de ce genre aient échappé peut-être à l'attention des chirurgiens, il en a été fait très-peu mention jusqu'ici par les auteurs, si ce n'est, cependant par Lawrence, qui en a présenté une description en 1837 dans la Gazette médicale de Londres. Mais les faits de Lawrence étant peu connus, les observations de M. Gaillard, pour n'être

point sans précédents, n'en conservent pas moins tout leur intérêt.

Voici la description sommaire de ces petits kystes, résultant de l'analyse d'une dizaine d'observations qui se ressemblent toutes.

Ces sortes de petites tumeurs se montrent au pourtour de l'orbite et presque constamment dans sa partie supérieure. Elles sont constituées par un kyste dermoïde, formé à l'intérieur par une muqueuse résistante, de couleur nacrée, doublée d'un tissu cellulaire fibreux. Ce kyste est situé audessous du plan musculaire et adhère au périoste. Lorsque le sujet avance en âge, la tumeur creuse une dépression digitiforme à la surface de l'os. Le kyste sus-orbitaire congénital s'accroît peu à peu, sans prendre jamais un grand volume; il ne guérit pas spontanément. C'est une tumeur circonscrite, arrondie, indolente, molle, un peu fluctuante, sans altération de la peau.

Le traitement qui lui convient, c'est l'extirpation complète. Il faut inciser largement la peau et les couches musculaires, disséquer la tumeur et l'enlever. Ce n'est qu'à ce prix qu'on peut obtenir une guérison prompte et complète. Des traitements différents ont toujours été employés sans succès. C'est aussi l'opinion de Lawrence, qui formule le même précepte.

Voici, du reste, une des observations de M. Gaillard, que nous prenons en quelque sorte au hasard, et qui suffira parfaitement pour en donner une idée à ceux qui n'auraient pas eu encore l'occasion d'observer ces sortes de kystes; car tous ces faits se ressemblent tellement, qu'un seul peut tenir lieu de tous les autres.

Obs. Mme X..., âgée de trente-cinq ans, est atteinte depuis sa naissance d'une tumeur placée au grand angle de l'œil gauche. Cette tumeur s'accroît graduellement; elle a été incisée sans succès il y a vingt ans.

Le 23 novembre 1853, la tumeur est placée entre l'œil et le dos du nez, tout près de la tête du sourcil; elle a le volume d'une grosse amande couverte de sa coque; elle est ovoïde, régulière, globuleuse, très-saillante, plus grosse en haut qu'en bas; elle a trois centimètres de hauteur sur deux de largeur. Elle est tendue, profondément fluctuante et adhérente aux organes sous-jacents, sans aucune mobilité; elle est indolente. La peau qui la recouvre est lisse, sans adhérence, un peu colorée au sommet. Cette tumeur ne gêne que par son volume. Une incision ovale est faite de haut en bas; on dissèque ses bords; on arrive à la tumeur, qui est peu à peu isolée des parties sous-jacentes. Cette opération est un peu difficile, à cause de l'écoulement de sang et de l'adhérence du kyste avec une fossette ou dépression digitale qu'il s'est creusée à la surface des os. Cependant le kyste est complétement enlevé. La tumeur était remplie de sérosité jaunâtre, formée à l'extérieur par une membrane fibreuse, à l'intérieur par une muqueuse nacrée. La plaie a été réunie avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. La guérison a eu lieu en quelques jours. (*Union médicale*, juin 1856.)

Maladies des yeux (*Des indications du séton dans les*). La discussion récente qui a eu lieu au sein de l'Académie de médecine sur ce sujet donne de l'importance au travail consciencieux que M. Guépin, de Nantes, vient de publier. Contrairement à ce qui a été dit par plusieurs personnes dans la discussion académique, M. Guépin regarde le séton chez l'homme, et bien plus encore chez les animaux, comme l'un des moyens les plus puissants que nous possédions pour créer une fluxion dérivative et révulsive. Son emploi ne lui paraît cependant devoir être qu'exceptionnel dans les ophthalmies simples (kérato-conjonctivites lymphatiques); dans la kératite postérieure, si souvent compliquée d'affection du grand cercle de l'iris et du corps ciliaire, il rend de très-grands services dans les cas les plus rebelles. Le séton est tout à fait inutile dans l'iritis aiguë, sans résultats appréciables dans l'iritis chronique. Utile dans la choroïdite et les congestions choroïdiennes, il peut cependant être remplacé par des médications très-supérieures. Enfin, les nombreuses formes d'amaurose ne réclament l'emploi du séton que dans deux cas : 1° quand il y a complication de maux de tête, dont aucune autre médication ne peut triompher; 2° quand l'amaurose peut être attribuée à la suppression d'une fluxion habituelle, quelle qu'elle soit, ou quand une pareille suppression vient en augmenter les dangers. (*Ann. d'oculistique*, mars et avril 1856.)

VARIÉTÉS.

MESURES HYGIÉNIQUES POUR PRÉVENIR LES ÉPIDÉMIES SUITE DES INONDATIONS.

Les inondations qui viennent de submerger une si grande étendue du territoire de la France ont éveillé à bon droit la sollicitude du corps médical et de la presse en particulier. Parmi les divers articles publiés sur les mesures hygiéniques réclamées par le fléau, le plus remarquable est celui de l'Union médicale, et nous demandons à notre excellent confrère Amédée Latour la permission de le reproduire.

— Déjà la sollicitude de l'administration supérieure est à l'œuvre. Une instruction demandée au Comité consultatif d'hygiène publique, et préparée par lui, est en ce moment même adressée aux préfets des départements inondés. Dans plusieurs de ces départements, l'administration locale a pris d'urgence les mesures les plus sages, avec le concours des Conseils d'hygiène et des Conseils d'agriculture. De cette rapidité et de cette simultanéité d'action, on peut espérer les plus favorables résultats pour amoindrir, si ce n'est pour conjurer complétement le péril de la situation actuelle.

Le corps médical est appelé à rendre et rendra certainement dans ces circonstances les plus grands services. Nos confrères ruraux surtout, qui sont placés plus ou moins loin des centres administratifs et là où les prescriptions de l'autorité peuvent arriver tardivement, prendront une utile et bienfaisante initiative en conseillant à leurs autorités locales, aux cultivateurs, à toute la population sur laquelle ils ont action et influence, des mesures qui, pour être efficaces, doivent être exécutées avec rapidité.

Nos confrères nous pardonneront de leur indiquer en peu de mots, et en nous inspirant des recommandations proposées par le Comité consultatif d'hygiène publique, les mesures que nous croyons les plus utiles et les plus urgentes.

Le plus grand danger de la situation vient de la décomposition des matières organiques que les eaux ont submergées ou qu'elles ont entraînées avec elles. Les prairies couvertes d'eaux, les champs ensemencés de céréales qui ont été inondés et dans lesquels reste encore une certaine quantité d'eau, sous l'influence de l'humidité et de la chaleur, vont se convertir en véritables marais, d'où s'échapperont bientôt des effluves palustres.

La première mesure à conseiller est donc l'assainissement immédiat du sol. Pour cela, plusieurs moyens sont à employer. Le plus urgent de tous est celui qui arrivera le plus rapidement possible au desséchement du sol par l'écoulement, l'étanchement, l'absorption des eaux. Se débarrasser à tout prix des eaux stagnantes et par les moyens appropriés aux cas particuliers déterminés par le plus ou moins de déclivité, par les affouillements et atterrissements, par la nature du sol et du sous-sol, telle est donc la mesure la plus urgente.

Le sol est étanché ; si sur ce sol existent des cadavres d'animaux, des poissons morts, il faut conseiller leur enfouissement immédiat en les recouvrant de chaux vive.

Que faire des récoltes, foins, céréales, qui ont été inondées et qui sont plus ou moins altérées ?

Nos confrères ne devront pas hésiter à avertir les propriétaires et les cultivateurs que toutes ces matières végétales altérées peuvent devenir la source de maladies graves, s'ils ne prennent pas immédiatement certaines précautions. Les foins les plus complétement gâtés et souillés par les matières limoneuses

devront être enlevés, incinérés ou jetés à la rivière, si cela est possible. Ceux qui ont subi un degré moindre d'altération peuvent servir comme engrais. D'autres qui se trouvent dans des conditions meilleures encore peuvent servir comme litière. Il faudra recommander, dans tous les cas, une grande prudence pour ne pas faire consommer par les animaux une herbe malsaine, qui déterminerait bientôt une épizootie, nouveau malheur qui viendrait s'ajouter à tous ceux qui nous affligent.

Le sol, ainsi débarrassé des eaux et des matières animales et végétales en voie de décomposition putride, peut être encore heureusement, sur plusieurs points qui n'ont pas été ensablés, ravinés, détruits par les torrents, utilisé pour de nouvelles récoltes. Rien n'est plus propre à l'assainissement du sol et de l'air qu'une végétation nouvelle. Les cultivateurs savent mieux que nous quelles semences ou quelles plantations ils peuvent faire à cette époque de l'année, et le médecin n'a à intervenir ici que pour recommander une grande rapidité dans l'exécution de toutes ces mesures.

Mais le médecin interviendra utilement dans les conseils à donner aux cultivateurs et aux ouvriers qui vont s'employer à remuer ces terres humides et plus ou moins imprégnées d'effluves délétères. Ces conseils pratiques, et dont l'expérience des travaux agricoles de l'Algérie ont démontré l'utilité, peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

Ne commencer le travail qu'après le lever du soleil, le terminer avec son coucher ;

Avant le travail, manger un morceau de pain et boire un verre de vin ;

N'employer à ce travail que des ouvriers robustes ;

Garantir, par des chaussures imperméables, les extrémités inférieures du contact des terres humides ;

Dans l'alimentation, faire usage de viande, de boissons fermentées, de café noir ;

Interrompre le travail plusieurs fois dans la journée ;

Ne pas se reposer sous le vent.

Nous savons bien, hélas ! que ces conseils ne pourront pas être universellement suivis, mais le médecin doit dire ce qu'il sait. Comme la nature, il disperse et jette un peu au hasard les graines et les germes, dont une partie du moins trouve un sol propice et les conditions de végétation. Et d'ailleurs, dans les circonstances actuelles, l'administration, aidée par l'admirable élan de la charité publique, pourra certainement réaliser une certaine part des conseils donnés par l'expérience médicale.

Un autre point sur lequel l'intervention de nos confrères sera non moins utile est relatif à l'assainissement des maisons et habitations inondées.

Le premier conseil que ne manqueront pas de donner les médecins sera de différer le retour dans ces maisons jusqu'à leur parfait assainissement.

Quant à cet assainissement lui-même, tous les médecins savent qu'il consiste dans le dessèchement du sol et des murs, et que les moyens de le produire sont la ventilation, l'aération, l'insolation, les courants d'air par des cheminées d'appel ; qu'il faut gratter et blanchir les murs à la chaux, répandre sur le sol de la poudre de charbon, du sable ou toute autre poudre absorbante, mais non susceptible de décomposition. Un moyen à peu près infaillible de dessèchement et d'égouttement des habitations est de pratiquer autour d'elles une rigole de 3 à 5 décimètres, sorte de drainage primitif, qui donne les meilleurs et les plus rapides résultats.

Tels sont succinctement rappelés, et comme cela convient quand on a l'honneur de s'adresser à des médecins, c'est-à-dire à des hygiénistes, les principes qui doivent guider nos confrères dans la part qu'ils sont appelés à prendre pour amoindrir ou pour éloigner les malheurs publics. Nos confrères qui exercent loin d'une pharmacie, et les pharmaciens eux-mêmes, feront bien de s'approvisionner de sulfate de quinine et de quinquina, en prévision des fièvres marécageuses qui peuvent survenir. Ce serait bien le cas, pour nos habiles et charitables fabricants, d'aviser aux moyens de rendre, au moins exceptionnellement, ce précieux alcaloïde plus accessible aux classes pauvres, qui seront aussi les classes les plus éprouvées par les influences actuelles.

Par décret impérial du 16 juin, et sur la proposition du ministre de l'instruction publique, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : *Officiers* : M. le docteur Donné, recteur de l'Académie de Montpellier ; M. Nélaton, professeur à la Faculté de médecine de Paris; M. Bussy, président de l'Académie de médecine, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris; M. L. Corvisart, docteur en médecine. — *Chevaliers* : M. Filhol, professeur à la Faculté des sciences et à l'Ecole de médecine de Toulouse; M. Oppermann, directeur de l'Ecole de pharmacie de Strasbourg; M. Gaillard, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers ; M. Philippe, professeur à l'Ecole de médecine de Reims; M. Cazeaux, membre de l'Académie de médecine ; M. Brlau, bibliothécaire de l'Académie de médecine; M. Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*.

Par décret de même date, sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés : *Officier* : M. Denis, médecin en chef du dispensaire de salubrité de Paris. — *Chevaliers* : M. Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, et MM. les docteurs J. Mayer (de Strasbourg), Billard (de Rouen), Masséna (de Brives), Noël.

Par décret du 12 juin, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Commandeur* : M. Amic, premier médecin en chef de la marine, à la Martinique. — *Officiers* : MM. Bonnafont, médecin principal à l'hôpital militaire du Roule; Godard, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles ; Barallier, 2me médecin en chef de la marine. — *Chevaliers* : MM. Marit, Ducreux, Blot, Leclerc, Lassaigne, du Bodon, Cordier, Prudhomme, médecins-majors ; M. Reboud, médecin aide-major ; M. Drouet, chirurgien professeur de la marine; M. Legaudin, chirurgien principal de la marine; MM. Olivier, Richer-Desforges, Isnard, Bourdel, Gouin, Ballot, chirurgiens de la marine ; M. Martin, chirurgien orthopédiste des maisons impériales Napoléon.

M. le docteur Mérier, directeur de l'asile départemental des aliénés de la Haute-Marne, à Saint-Dizier, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe), en remplacement de M. le docteur Morel, appelé à la direction de l'asile de Rouen.

Le corps médical ne demeure pas indifférent aux misères créées par les inondations ; outre de nombreuses offrandes individuelles, l'Académie de médecine a donné une somme de 500 fr.; la Société de chirurgie, 700 fr.; les professeurs et médecins-élèves de l'école militaire du Val-de-Grâce, 557 fr.; enfin, la Commission médicale des eaux d'Aix, en Savoie, a voté, sous la présidence de M. le docteur Voyra, une somme de 100 francs pour être consacrée au même objet.

Le Times rend compte d'un banquet dans lequel ont eu lieu les manifestations les plus cordiales et les plus honorables pour la chirurgie française. M. Civiale avait été appelé à Londres pour un cas des plus difficiles et des plus graves, auprès d'un israélite, ami du lord-maire. L'intervention du célèbre chirurgien français a eu tout le succès qu'on pouvait espérer de son habileté, et le lendemain un grand dîner, où se trouvait l'élite des savants anglais, lui a été offert à Mansion-House, sous la présidence du premier magistrat de la cité.

Le Journal de Constantinople annonce la mort de trois nouveaux médecins militaires français : MM. Sautier, Molinard et Desblanes.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU CINQUANTIÈME VOLUME.

A.

Académie de médecine. Changements apportés à son organisation, 286.

Accouchement. De l'examen du ventre considéré au point de vue obstétrical, par M. Hubert, professeur d'accouchements à l'Université de Louvain, 125.

— (Emploi du tartre stibié en lavements, comme moyen d'activer les douleurs de l'), 524.

— (Indications spéciales de l'emploi du seigle ergoté et du borate de soude dans les), 425.

— Pendant combien de temps après la délivrance le médecin doit-il rester auprès de la femme qui vient d'accoucher? 557.

Accouchée (Utilité de l'allaitement pour la femme récemment), 183.

Acide arsénieux (Observation de chorée unilatérale, datant de plusieurs années, guérie en quelques jours par l'administration de l'), suivie de quelques remarques sur l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement de cette affection, par M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 289.

— De son emploi dans les congestions apoplectiques, 469.

— *nitrique* (Substitution des applications d') aux vésicatoires volants dans le traitement de l'hydarthrose, 561.

— *urique*. Son mode de préparation au moyen du guano, 223.

Albinisme (Du traitement de l'), 39.

Albuminurie (Observation d') guérie par les purgatifs, les révulsifs locaux et les ventouses scarifiées, 423.

Alcalins (Vertiges nerveux sympathiques de troubles gastriques; leur traitement par les) et les amers, 368.

Allaitement (Utilité de l') pour la femme récemment accouchée, 183.

— Du traitement des ulcérations et des crevasses du mamelon chez les nourrices par l'emploi du collodion et de la baudruche, 419.

Aliénation mentale sympathique de la présence des vers intestinaux, 40.

— mentale avec chorée dans un cas de rhumatisme articulaire; guérison par le sulfate de quinine à haute dose, 520.

Amputation de la jambe, au niveau des malléoles, 374.

— de la cuisse (De la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'), 89.

— (Faut-il toujours pratiquer l') d'un membre affecté de gangrène? 376.

Anémiques (Des accidents congestifs dus à la cessation brusque des hémorrhagies habituelles chez les sujets), 560.

Anesthésimètre. Nouvel appareil pour pratiquer l'inhalation du chloroforme, par M. Duroy (*gravures*), 550.

Anévrysme artérioso-veineux du pli du coude; guérison par la compression permanente de la tumeur, 325.

Angine couenneuse. Études sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthéritiques, par M. le docteur Isambert, 433, 488 et 543.

— *couenneuse* (De la teinture d'iode dans l'), par M. le docteur Lecomte, 70.

— (Emploi du fer rouge et du cautère Mayor dans le traitement de l'), 89.

— (De l'emploi du bicarbonate de soude dans l'), 512.

— (Bons effets de la teinture d'iode dans l'), 537.

Ankylose (Méthode particulière pour obtenir rapidement l'), dans le cas de tumeur blanche du genou, 188.

Anus contre nature; hernie inguinale étranglée; gangrène de l'intestin; guérison spontanée, 327.

Apepsie ou absence de digestion chez les enfants, et de son traitement par la pepsine, 90.

Aphonies complètes (Observation de mutité et d') datant de douze années, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction, 42.

Apoplectiques (De l'emploi de l'acide arsénieux dans les congestions), 469.

Arnica montana (Emploi de l') contre les épanchements séreux chez les enfants, 375.

— (Emploi de l') contre la coqueluche, 184.

Arthrite suppurée (Guérison possible de l') avec conservation des mouvements, 424.

Atrésie vulvaire (Un mot sur l') chez

les petites filles ; moyen très-simple d'en triompher, par M. le docteur Bouchacourt, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon, 75.
Atropine (Préparation du sulfate neutre d'), 266.

B.

Bains sulfureux artificiels (Notice sur les), par M. le professeur Soubeiran, 216, 261 et 311.
— (De la valeur des) dans la colique de plomb, 282.
— (Influence exercée par les) sur l'absorption de la peau, 134.
Bec-de-lièvre (Études sur l'opération du). Moyen d'assurer la cicatrisation de la suture labiale, par M. le docteur Goyrand, d'Aix, 115 et 153.
— (Nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations du) et de cheiloplastie, par M. le professeur Sédillot, 352.
Belladone. Formule du traitement de l'épilepsie, par M. Bretonneau, 375.
— (De l'emploi de la) dans l'empoisonnement par l'opium, 469.
Bertin. Étude clinique sur le bain d'air comprimé dans le traitement de diverses maladies, selon les procédés médico-pneumatiques ou d'atmosphérie, de M. Tabarié (compte rendu), 465.
Blennorrhagie (Observation témoignant des bons effets du lupulin et du chanvre indien dans le traitement de la), par M. le docteur Delpeuch, à Bort (Corrèze), 315.
— (Injections de baume de copahu contre la), 425.
— Nouvelle méthode de traitement local par l'essence de copahu, 425.
Boinet. Iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées (compte rendu), 276.
Borate de soude (Indications spéciales de l'emploi du seigle ergoté et du) dans les accouchements, 423.
Brière de Boismont. Du suicide et de la folie du suicide considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie (compte rendu), 317.
Bromate et iodate de potasse (De l'opportunité de l'essai des) dans le traitement des stomatites, par M. L. Gustin, interne en pharmacie des hôpitaux, 409.
Bulletin sanitaire. Mesures prises pour la rentrée de l'armée d'Orient, 380.

C.

Cancer. Conclusions de la Commission chargée de suivre les expériences de M. Landolfi à la Salpêtrière, 421.
Caoutchouc (Sur les accidents que développe sur les ouvriers en) l'inhalation du sulfure de carbone, 558.
Carbonate de soude (De l'emploi du *Bi-*) dans l'angine couenneuse, 515.
Carie vertébrale avec abcès par congestion ; utilité d'une gouttière en fil de fer dans les cas de ce genre, 281.
Cataplasmes vineux (Emploi des) contre la pourriture d'hôpital, 187.
Cauchemar intermittent guéri par une impression morale, 559.
Cautère Mayor (Emploi du fer rouge et du) dans le traitement de l'angine couenneuse, 89.
Cautérisation (Observation de tumeurs hémorrhoïdales, compliquées de fissures à l'anus, guéries par la), par M. le docteur Amussat fils, 413.
— répétée comme moyen d'assurer le succès du procédé d'excision appliqué au traitement de la grenouillette (*gravure*), 85.
Caustique. Des plaques de gutta-percha médicamenteuses et de leurs applications, par M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, 29.
Céphalée (Traitement de quelques formes de), par les sachets de sable chaud, 41.
Chanvre indien (Observations témoignant des bons effets du lupulin et du) dans le traitement de la blennorrhagie, par M. le docteur Delpeuch, à Bort (Corrèze), 315.
Charbon (Bons effets des pansements avec le), dans les cas de plaies suppurantes et avec perte de substance, 139.
Chauffard. Instituts de médecine pratique de Jean-Baptiste Borsieri de Shanifield, traduits et accompagnés d'une étude comparée du génie antique et de l'idée moderne en médecine (compte rendu), 363.
Chéiloplastie (Nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations du bec-de-lièvre et de), par M. Sédillot, 352.
Chirurgie militaire (De l'emploi du chloroforme dans la), 91.
Chlorate de potasse (Observations sur l'emploi du), dans le traitement de la stomatite mercurielle et de la stomatite ulcéro-membraneuse, par M. le docteur Mazade, d'Anduze, 337.

Chlorate de potasse (Etudes sur l'emploi thérapeutique du), spécialement dans les affections diphthéritiques, par M. le docteur Isambert, 433, 488 et 543.
— (Emploi topique du) dans la stomatite ulcéro-membraneuse, 524.
Chloroforme (De l'emploi du) dans le traitement de l'éclampsie chez les femmes en couches, 57.
— (Nouveaux faits à l'appui de l'emploi des inhalations du) dans la coqueluche, 251.
— (Nouveau mode d'administration du) 184.
— De son emploi dans la chirurgie militaire, 91.
— (Gélatinisation du), 407.
Chlorure d'or et de sodium (Guérison prompte des névralgies à leur début, par l'emploi topique du), par M. B. Charrière, D.-M., à Saint-Remy (Provence, 357.
Choléra à Gray (Note sur le) et son traitement, par M. le docteur Paris, à Gray (Haute-Saône), 506.
— (Formule de pilules contre la diarrhée et le), 184.
Cholérine (Note sur les purgatifs. Un mot sur leur emploi comme traitement de la), par M. le docteur Higgins, 458.
Chorée (Observation de) unilatérale datant de plusieurs années, guérie en quelques jours par l'administration de l'acide arsénieux, suivie de quelques remarques sur l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement de cette affection, par M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 289.
— (Observation de) générale et violente, guérie par l'immobilisation, par M. Nicod d'Arbent, D. M. à Lyon, 181.
— traitée avec succès par l'application d'attelles sur les membres, 91.
Cigue (Emploi de racines de) dans certaines formes de palpitations de cœur, 137.
Circoncision. Procédé de M. Ricord, 94.
Colique de plomb (De la valeur des bains sulfureux dans la), 282.
Collodions médicamenteux (Note sur les), par M. Aran, 22.
— très-souple (Formule d'un) contre les engelures et les gerçures, 230.
Colombo (Bons effets du) dans la diarrhée habituelle des enfants et des adultes, 376.
Compresseur (Nouveaux modèles de) à pression contenue et graduée (*gravures*), 155.
Compression (Anévrysme artérioso-veineux du pli du coude; guérison par la) permanente de la tumeur, 525.
— (Effets avantageux de la) aidée ou non de la flexion forcée du membre dans deux cas de plaie artérielle, 44.
Compteur à gaz appliqué à l'étude des maladies des poumons, 429.
Constipation (De l'association du seigle et du froment comme moyen de triompher de la), par M. le docteur Saucerotte père, 183.
Contracture des masséters (Névralgie faciale rebelle avec), guérie par l'hydrothérapie, 427.
Copahu (Injections de baume de) contre la blennorrhagie, 423.
— (Nouvelle méthode de traitement local de la blennorrhagie par l'essence de), 425.
Coqueluche (Emploi de l'arnica montana contre la), 184.
— (Nouveaux faits à l'appui de l'emploi des inhalations de chloroforme dans la), 251.
Corps étranger dans les voies aériennes (Trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de), 251.
— *articulaires* (Nouveau procédé pour fixer les), 521.
Coryza des nouveau-nés (Canules d'argent introduites dans les fosses nasales, comme moyen de traitement du), 282.
Cou (Un mot sur la constriction du) ou maladie de la cravate, par M. Serre d'Alais, 123.
Couperose. De son traitement topique par la pommade au proto-iodure de mercure, 135.
Coxalgie hystérique (Observation de), 185.
— traitée sans succès par les émissions sanguines, les vésicatoires, les applications calmantes et l'emploi de l'extension continue; guérison, 518.
Crampes (Considérations pratiques sur les) des nourrices, par M. Jules Verdier, D.-M., à Barre-des-Cévennes (Lozère), 201.
Cravate (Un mot sur la constriction du cou, ou maladie de la), par M. Serre d'Alais, 123.

D.

Datura (Emploi du) contre la constipation qui accompagne la dyspepsie, 371.
Delirium tremens (Emploi de l'huile essentielle de valériane dans la période du collapsus de la fièvre typhoïde, et dans le), 92.

Deschamps, d'Avallon. Manuel de pharmacie et art de formuler, contenant les principes élémentaires de pharmacie, les tables synoptiques des substances médicamenteuses tirées des trois règnes (compte rendu), 512.
Désarticulation du genou (De la valeur relative de la) et de l'amputation de la cuisse, 89
Diabète sucré (Emploi de la levûre de bière dans le traitement du), 232.
— (Sur les heureux effets de l'huile de foie de morue dans un cas de), 92.
Diarrhée habituelle des enfants et des adultes (Bons effets du colombo dans la), 376.
— (Formule de pilules contre la) et le choléra, 184.
Digitale (Bons effets de l'administration de la) contre la métrorrhagie, 137.
Digitaline (Un mot sur un nouveau procédé pour l'extraction de la), et sur une nouvelle formule pour préparer le sirop de digitale, par M. Deschamps, 27.
Dysménorrhée mécanique produite par le fait d'une membrane fibreuse qui coiffait l'utérus, 525.
Dyspepsie (Emploi du datura contre la constipation qui accompagne la), 371.
Dyssenterie (Formule d'une poudre composée, très-efficace contre la), 426.
— *chronique* (Emploi de la teinture d'iode en lavement dans la), 568
Dystocie (Deux cas de) par hydrocéphalie externe, 321.

E.

Eau froide (Névralgie sciatique rebelle, guérison par les frictions d'), 329.
Eclampsie (De l'emploi du chloroforme dans le traitement de l') chez les femmes en couches, 57.
Electricité d'induction (Observation de mutité et d'aphonie complètes datant de douze années, rapidement guéries par l'application de l'), 42.
— Appareil volta-faradique du docteur Duchenne, de Boulogne, 189.
Electrisation localisée (Observation de paralysies de la face traitées par l'), 428.
Empoisonnement par l'opium (De l'emploi de la belladone dans l'), 469.
Enfance (De l'emploi du seigle ergoté dans la paralysie essentielle de l'), 35.
Enfants (Sur la paralysie douloureuse des jeunes), 524.
— (Preuves des avantages de la méthode agissante dans le traitement de l'ophthalmie purulente des), 378.
— (Effets remarquables du musc dans le spasme de la glotte chez les), 330.
— (Emploi de l'arnica montana contre les épanchements séreux chez les), 375.
— (Bons effets du colombo dans la diarrhée habituelle des) et des adultes, 376.
— (Apepsie ou absence de digestion chez les), et son traitement par la pepsine, 90.
— (Sur l'époque à laquelle il convient de pratiquer la ténotomie dans le pied-bot chez les jeunes), 285.
— (Luxation sous-pubienne du fémur gauche chez un), réduction spontanée, 43.
— *nouveau nés* (Canules d'argent introduites dans les fosses nasales comme moyen de traitement du coryza des), 282.
— (Note sur le traitement du sclérème chez les) par le massage et l'excitation musculaire, par M. le docteur Hervieux, 268.
Engelures (Formule d'un collodion très-souple contre les) et les gerçures, 220.
Epanchements (Des) du péricarde consécutifs à la scarlatine, et de leur traitement, 158.
— *séreux* (Emploi de l'arnica montana contre les) chez les enfants, 375.
Epidémies (Mesures hygiéniques pour prévenir les), suite des inondations, 563.
Epilepsie (Du valérianate d'atropine dans le traitement de l'), par M. le docteur Michea, 195.
— (Formule du traitement de l') par la belladone, par M. Bretonneau, 575.
Erésypèle (Traitement de l') par les toniques et les stimulants, 376.
Estomac (Traitement de l'ulcère simple de l'), 525.
Etat puerpéral (Emploi du sulfate de quinine contre certains accidents intermittents liés à l'), 470.
Etranglement herniaire (De l') et moyen de le faire cesser sans recourir à l'opération sanglante, par M. le baron Seutin, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Pierre, 161 et 206.
Extension continue (Coxalgie traitée sans succès par les émissions san-

guines, les vésicatoires, les applications calmantes, etc.; emploi de l'); guérison, 518.
Exutoires (De l'utilité des) à action énergique et prolongée dans le traitement des maladies, 97 et 145.

F.

Fécule (Procédé nouveau pour reconnaître la) dans les chocolats, 431.
Fer (Moyens de reconnaître la présence du) dans le lait, de la valeur relative de la limaille et du lactate de fer au point de vue du passage du fer dans le liquide, 355.
— (Les préparations de) insolubles à quantités égales ne sont pas absorbées en proportions plus considérables que les préparations solubles, par M. Soubeiran, 409.
— (Emploi du perchlorure de) dans le traitement de la kératite panniforme, 377.
— (Persulfure de) hydraté. Son emploi dans un cas d'empoisonnement par le carbonate de plomb, 285.
— (Proto-iodure de). Formule et mode de préparation d'un emplâtre résolutif, 503.
— *proto-phosphate* (Mode de préparation du) par précipitation, 354.
Fièvres éruptives (Tumeur lacrymale et otite purulente consécutives aux); leur traitement, 475.
— *puerpérale* (Traitement de la) par l'opium à haute dose, 325.
— *intermittentes* rebelles traitées avec succès par les frictions alcooliques générales, 522.
— *typhoïde* (Emploi de l'huile essentielle de valériane dans la période du collapsus de la) et dans le delirium tremens, 92.
— (Emploi de l'acétate de zinc dans la période ataxique de la), 283.
— *jaune* (Sur la valeur de l'inoculation de venin de vipère comme moyen préventif de la), 47.
— (Derniers renseignements sur l'inoculation préservative de la), 430.
Fissure à l'anus (Traitement de la) par la pommade au nitrate d'argent et des lavements froids, 232.
— (Observation de tumeurs hémorrhoïdales compliquées de), guéries par la cautérisation, par M. le docteur Amussat fils, 413.
Fistule consécutive à un rétrécissement organique de l'urètre (Remarques sur un cas de) guéri par l'application du chlorure de zinc, par M. Dupierris, D.-M. à la Havane, 357.
— *lacrymale* (Sur la trépanation de l'os unguis comme traitement de la), à propos d'une discussion de la Société de chirurgie, par M. le docteur Deboul (*gravures*), 297.
Fistules dentaires (Nécessité de l'extraction de la dent malade dans les), 186.
Fluxion de poitrine muqueuse (De l'ipécacuanha dans la), par M. le docteur Cade, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon, 246.
Fontan (d'Izacout). Recherches sur les eaux minérales des Pyrénées, de l'Allemagne, de la Belgique, de la Suisse et de la Savoie (compte rendu), 224.
Forceps articulé (Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du), 470.
Fractures (Traitement des). De l'influence de la proportion de phosphate de chaux contenu dans les aliments sur la formation du cal, par M. Alphonse Milne-Edwards, 399.
— *de jambe* (Rétraction du tendon d'Achille consécutive à une); ténotomie; guérison, 320.
— (Emploi du carton pour la confection des appareils de), 253.
Frictions alcooliques générales (Fièvres intermittentes rebelles traitées avec succès par les), 521.
Froid (De l'emploi du) comme moyen de diminuer les dangers de l'opération césarienne, 284.

G.

Gaïac (Mode de préparation de l'extrait alcoolique de), 122.
Galactorrhée (Observation de guérison d'une), 522.
Gangrène (Faut-il toujours amputer un membre affecté de), 376.
Gerçures (Formule d'un collodion très-souple contre les engelures et les), 220.
Glace (Péritonite suraiguë consécutive à une hernie étranglée, traitée avec succès par la) à haute dose, 472
— (Traitement de l'orchite par les applications de), 329.
Glycérine (De l'emploi de la) simple ou médicamenteuse dans le traitement des maladies de la peau, par M. Alphonse Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, 241.
— (Note sur la préparation de la) et sur l'emploi de la glycérine au tannin comme pansement de la vaginite, par M. Gustin, 537.
Glycérine officinale (Caractères généraux de la), 222.
Glycérines (Coup d'œil sur les) du commerce, 179.

Glycérine (De l'inopportunité des essais de) comme médicament interne, 309.
Glycérolé de tannin (Guérison rapide de l'herpès par un), par M. le docteur E. Vidal, 223.
Glucose (Du) pour la recherche du réactif cuivré, par feu E.-A. Quevenne, pharmacien de la Charité (*gravures*), 174.
— (Un mot sur le), observation chimique, par M. Stan. Martin, 267.
Glycométrie (Réflexions sur la), par la liqueur de Fehling, 504.
Goitres suffocants. De leur traitement, par M. Bonnet, professeur à l'école de médecine de Lyon (*gravures*), 19.
Gouttière en fil de fer (Carie vertébrale avec abcès par congestion; utilité d'une) dans les cas de ce genre, 281.
Grenadier (Emploi de la racine sèche de) contre le ténia, 237.
Grenouillette (Nouveaux faits à l'appui du traitement de la), par les injections iodées; importance du lavage préalable de la poche, 78.
— (Cautérisations répétées comme moyen d'assurer le succès du procédé d'excision, appliqué au traitement de la) (*gravure*), 85.
Grossesse (Rétroversion de l'utérus pendant la); réduction à l'aide du levier obstétrical, 286.
— (Des végétations qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la), 474.
Guano (Mode de préparation de l'acide urique au moyen du), 225.
Gutta-percha (Des plaques de) médicamenteuses et de leurs applications, par M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, 29.

H.

Hélicine (Nouveau fait à l'appui de l'emploi de l'), dans la phthisie pulmonaire, 94.
Hémorrhagies rectales répétées, datant de deux mois, suites d'hémorrhoïdes, anémie profonde, effets remarquables des lavements de nitrate d'argent, 37.
— après la délivrance, injection d'eau froide dans l'intérieur de l'utérus, 283.
— (Des accidents congestifs dus à la cessation brusque des) habituelles chez les sujets anémiques, 560.
Hémostatique. Solution alumineuse benzinée, 541.
— Formule véritable de l'eau de Brochieri, 542.
Herpès (Guérison rapide de l'), par un glycérolé de tannin, par M. le docteur E. Vidal, 223.
Herniaire ou *turquette* (Propriétés diurétiques de la); formule pour son emploi, 333.
Hernies étranglées. Moyen de lever l'étranglement sans recourir à l'opération sanglante, par M. Seutin, 161 et 206.
— (Résultat de deux essais du nouveau mode de réduction des), proposé par M. Seutin, 228.
— *crurale*, résistant au taxis, réduite par le procédé Seutin, par M. le docteur Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, 274.
— *étranglée* (Observation de), réduite par l'emploi des réfrigérants, par M. Besnier, D.-M. à Lamballe, 510.
— *inguinale* étranglée, gangrène de l'intestin; anus contre nature; guérison spontanée, 327.
Hydrarthrose (Substitution des applications d'acide nitrique aux vésicatoires volants dans le traitement de l'), 561.
Hydrocèle, sa guérison tardive chez les vieillards, après l'injection iodée, 328.
Hydrocéphalie externe (deux cas de dystocie par), 321.
Hydrothérapie (Névralgie faciale rebelle, avec contracture des masséters, guérie par l'), 427.
Hygroma prérotulien guéri par une simple incision et une compression méthodique, 258.
Hydrothorax rebelle compliqué d'un catarrhe bronchique grave, rapidement guéri par l'emploi d'un large séton, par M. E. Groussin, D.-M. à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire) 410.
Huile de foie de morue (De la valeur de l'), dans le traitement de la phthisie pulmonaire, 12 et 105.
— (Sur les heureux effets de l'), dans un cas de diabète, 92.
— (Emploi de l'huile essentielle de térébenthine associée à l'), dans les ophthalmies, 428.
— *et corps gras*. De la faculté de l'assimilation de ces substances, 471.
— *essentielle* de valériane (Emploi de l'), dans la période du collapsus de la fièvre typhoïde et dans le delirium tremens, 92.

I.

Immobilisation des membres (Chorée traitée avec succès par l'), 91 et 181.
Inondations (Mesures hygiéniques pour prévenir les épidémies suite des), 563.

Iode (De la teinture d') dans l'angine couenneuse, par M. le docteur Lecointe, 70.
— (Nouvelle préparation d') dans le traitement de la syphilis; saccharure iodé, 457.
— *et iodure de potassium*. De leur passage par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères, 471.
— (Bons effets de l'emploi de la teinture d'), dans l'angine couenneuse, 557.
— (Emploi de la teinture d') en lavement dans la dyssenterie chronique, 560.
Iodées (Nouveaux faits à l'appui du traitement de la grenouillette par les injecctions); importance du lavage préalable de la poche, 78.
— (Hydrocèle; sa guérison tardive chez les vieillards après les injections), 328.
Iodhydrique (Sirop d'acide), 68.
Iodure de mercure (Traitement topique de la couperose par la pommade au *Proto*-), 135.
Injections narcotiques (Traitement des névralgies par des) dans le tissu cellulaire, 93.
Irrigations (Appareil pour les) continues, dans le traitement des plaies, 237.
Ipécacuanha (De l') dans la fluxion de poitrine muqueuse, par M. le docteur Cade, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon, 246.

J.

Jurisprudence médicale. Le médecin qui, dans une épidémie, obéit à une réquisition de l'autorité administrative pour porter des soins aux malades est-il fondé à réclamer des honoraires à cette autorité? 143.
Jusquiame (Action physiologique de la) et valeur de ses extraits, 43.

K.

Kératite panniforme (Emploi du perchlorure de fer dans le traitement de la), 377.
Kyste de l'ovaire, traité par une méthode nouvelle, 371.
Kystes sus-orbitaires congénitaux (Un mot sur les), 561.

L.

Lait (Moyens de reconnaître la présence du fer dans le). De la valeur relative de la limaille et du lactate de fer au point de vue du passage du fer dans le liquide, 355.
Lait médicamenteux. Iode et iodure de potassium; leur passage par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères, 471.
Laryngite syphilitique, traitée avec succès par la trachéotomie et les inspirations de nitrate d'argent, 234
Lavements de vin (Nouveau fait à l'appui de l'emploi des), 378.
— *de nitrate* d'argent (Effets remarquables des); hémorrhagies rectales répétées, datant de deux mois, suites d'hémorrhoïdes, 37.
— *froids* (Traitement de la fissure à l'anus par la pommade au nitrate d'argent et des), 232.
Levûre de bière (Emploi de la) dans le traitement du diabète sucré, 232.
Liqueur des Hollandais (Préparation facile de la), 123.
Liséré violacé des gencives : de sa valeur comme signe de l'intoxication saturnine, 86.
Luette (Effets de l'hypostaphyse ou procidence de la), 45.
Lupulin (Observations témoignant des bons effets du) et du chanvre indien dans le traitement de la blennorrhagie, par M. le docteur Delpench, à Bort (Corrèze), 315.
Luxations de l'épaule (Réduction des) par le procédé du refoulement uni à l'élévation du bras, 136.
— *de la hanche* (Réduction de la) par des manipulations, 235.
— sous-pubienne du fémur gauche chez un enfant; réduction spontanée, 43.
— du fémur en haut et en arrière, réduite par la méthode de Colombat, 283.
— *des tendons* (Sur les) de quelques muscles extenseurs et fléchisseurs des membres, 523.

M.

Maladies des poumons (Compteur à gaz appliqué à l'étude des), 429.
— *du cœur* (Emploi de la vératrine dans les), 427.
Manipulations (Réduction de la luxation de la hanche par des), 235.
Massage (Note sur le traitement du sclérème chez les nouveaux-nés par le) et l'excitation musculaire, par M. le docteur Hervieux, 268.
Maxillaire inférieur (Ablation totale du), nécessitée par le développement d'une énorme tumeur fibreuse; guérison, 467.
Mialhe. Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique (compte rendu), 130.

Mercuriel (Observation sur un nouveau moyen proposé pour préparer l'onguent), par M. Stan. Martin, 503.
Mercurielles (De l'utilité des préparations) et des vésicatoires dans la myosite, 328.
Métrorrhagie (Bons effets de l'administration de la digitale contre la), 137.
Musc (Effets remarquables du) dans le spasme de la glotte chez les enfants, 330.
Mutité (Observation de) et d'aphonie complètes, datant de douze années, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction, 42.
Myosite (De l'utilité des préparations mercurielles et des vésicatoires dans la), 328

N.

Névralgies (Guérison prompte des), à leur début, par l'emploi topique du chlorure d'or et de sodium, par M. le docteur B. Charrière, à Saint-Remy (Provence), 357.
— (Traitement des) par des injections narcotiques dans le tissu cellulaire, 93.
— *faciale rebelle* avec contracture des masséters guérie par l'hydrothérapie, 427.
— De leur guérison par un médicament nouveau, le valérianate d'ammoniaque, par M. le docteur Déclat, 549.
— *sciatique* rebelle; guérison par les frictions d'eau froide, 329.
Nourrices (Considérations pratiques sur les crampes des), par M. Jules Verdier, D.-M. à Barre-des-Gévennes (Lozère), 201.

O.

Occlusion des paupières (De l') dans le traitement des ophthalmies; indications de son emploi, à propos de la discussion à l'Académie de médecine, 344.
Opération césarienne (De l'emploi du froid, comme moyen de diminuer les dangers de l'), 284.
Ophthalmies (Nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des), 236.
— purulente des enfants (Preuves des avantages de la méthode agissante dans le traitement de l'), 378.
— (Emploi de l'huile essentielle de térébenthine associée à l'huile de foie de morue dans les), 428.
— (De l'occlusion des paupières dans le traitement des); indication de son emploi, à propos de la discussion de l'Académie de médecine, 344.
Opium (Traitement de la fièvre puerpérale par l') à haute dose, 525.
— (Bons effets de l') à haute dose dans un cas de plaie pénétrante de l'abdomen, 475.
— (Ulcérations syphilitiques rebelles; leur traitement par l'); de la substitution de la strychnine au vin, 159.
— (De l'emploi de la belladone dans l'empoisonnement par l'), 469.
Orchite (Traitement de l') par les applications de glace, 529.
Otite purulente et tumeur lacrymale consécutives aux fièvres éruptives; leur traitement, 473.

P.

Palpitations de cœur (Emploi des racines de ciguë dans certaines formes de), 137.
Paralysies de la face (Observation des), traitées par l'électrisation localisée, 428.
— *essentielle de l'enfance* (De l'emploi du seigle ergoté dans la), 35.
— (sur la) douloureuse des jeunes enfants, 524.
— *des membres* (Effets avantageux du seigle ergoté dans la), par M. le docteur Saucerotte fils, 32.
Peau (De l'emploi de la glycérine simple ou médicamenteuse dans le traitement des maladies de la), par M. Alphonse Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, 241.
— (Influence exercée par les bains sur l'absorption de la), 134.
Pepsine (Apepsie ou absence de digestion chez les enfants et de son traitement par la), 90.
— (Sirop de), 70.
Péricarde (Des épanchements du), consécutifs à la scarlatine et de leur traitement, 138.
Péritonite suraiguë, consécutive à une hernie étranglée, traitée avec succès par la glace à haute dose, 472.
Pied-bot (Sur l'époque à laquelle il convient de pratiquer la ténotomie dans le), chez les jeunes enfants, 285.
Pinces à pression graduée, comme moyen de réunion des plaies (*gravures*), 186.
Pistachier (Action toxique du fruit du faux), par M. Stan. Martin, 224.
Plaies (Pinces à pression graduée, comme moyen de réunion des) (*gravures*), 186.
— (Appareils pour les irrigations continues dans le traitement des), 237.
— *artérielles* (Effets avantageux de

la compression aidée ou non de la flexion forcée du membre dans deux cas de), 44.
Plaie pénétrante de l'abdomen (Bons effets de l'opium à haute dose dans un cas de), 473.
— *suppurantes* et avec perte de substance (Bons effets des pansements avec le charbon dans les cas de), 139.
Pneumonies anormales (Des) et de leur traitement, par M. le professeur Forget de Strasbourg, 385, 481 et 529.
Pharyngorrhée ou sialorrhée pharyngienne (Cas de) à forme intermittente et de nature rhumatismale, guérie par le sulfate de quinine, par M. le docteur Hervieux, 442.
Phimosis (du). De l'opération qu'il nécessite, par M. Vidal de Cassis (*gravures*). 252.
— Procédé de circoncision de M. Ricord, 94.
— (Nouveau procédé opératoire simplifiant les cas de), 466.
Phosphate de chaux (Traitement des fractures; de l'influence de la proportion de) contenu dans les aliments. sur la formation du cal, par M. Alphonse Milne Edwards, 399.
Phthisie pulmonaire (De la valeur de l'huile de foie de morue dans le traitement de la), 12 et 105.
— (Nouveau fait à l'appui de l'emploi de l'hélieine dans la), 94.
Pourriture d'hôpital (Emploi des cataplasmes vineux contre la), 187.
Prix de la Société de médecine de Bordeaux, 336.
— Question proposée par la Société d'hydrologie de Paris, 479.
Purgatifs (Note sur les). Un mot sur leur emploi comme traitement de la cholérine, par M. le docteur Hyggins, 458.
— (Observation d'albuminurie guérie par les), les révulsifs locaux et les ventouses scarifiées, 423.
— Formule de l'eau laxative de Vienne, 408.

Q.

Quinine (*Sulfate de*) (Cas de pharyngorrhée ou sialorrhée pharyngienne à forme intermittente et de nature rhumatismale, guérie par le), par M. le docteur Hervieux, 442.
— — (Aliénation mentale avec chorée, dans un cas de rhumatisme articulaire; guérison par le) à haute dose, 520.
— (Emploi du) contre certains accidents intermittents liés à l'état puerpéral, 470.

R.

Réactif cuivré pour la recherche du glucose, par feu T.-A. Quevenne, pharmacien de la Charité (*gravures*), 174.
Réfrigérants (Observation de hernie étranglée, réduite par l'emploi des), par M. Besnier, D.-M. à Lamballe, 510.
Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse; réduction à l'aide du levier obstétrical, 286.
Révulsifs locaux (Observation d'albuminurie guérie par les purgatifs, les) et les ventouses scarifiées, 423.
Roubaud. De l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier (compte rendu), 416.

S.

Sable chaud (Traitement de quelques formes de céphalée par les sachets de), 41.
Saignée pratiquée sur la muqueuse nasale; effets et mode opératoire, 379.
Saturnine (De la valeur du liséré violacé des gencives comme signe de l'intoxication), 86.
Scarlatine (Des épanchements du péricarde, consécutifs à la) et de leur traitement, 138.
Sclérème (Note sur le traitement du) chez les nouveau-nés par le massage et l'excitation musculaire, par M. le docteur Hervieux, 268.
Seigle (De l'association du) et du froment comme moyen de triompher de la constipation, par M. le docteur Saucerotte père, 183.
— *ergoté* (Effets avantageux du) dans la paralysie des membres, par M. le docteur Saucerotte fils, 32.
— (De l'emploi du) dans la paralysie essentielle de l'enfance, 35.
— (Indications spéciales de l'emploi du) et du borate de soude dans les accouchements, 425.
Séton (Hydrothorax rebelle compliqué d'un catarrhe bronchique grave, rapidement guéri par l'emploi d'un large), par M. L. Groussin, D.-M. à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire), 410.
— De ses indications dans les maladies des yeux, 562.
Sirop boraté, 457.
— *de digitale* (Sur une nouvelle formule pour préparer le), par M. Deschamps, 27.
Spasme de la glotte chez les enfants

(Effets remarquables du muse dans le), 330
Spina-bifida (De l'état de la thérapeutique concernant le traitement du), 448 et 490.
Stérilité (Cloison incomplète du vagin venant coiffer le col de l'utérus et produire la), 526.
Stimulants (Traitement de l'érysipèle par les toniques et les), 376.
Stomatites (De l'opportunité de l'essai des bromate et iodate de potasse dans le traitement des), par M. L. Gustin, interne en pharmacie des hôpitaux, 409.
— *mercurielle* (Observations sur l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement de la) et de la stomatite ulcéro-membraneuse, par M. le docteur Mazade, d'Anduze, 337.
— *ulcéro-membraneuse* (Emploi topique du chlorate de potasse dans la), 524.
Strychnine (Ulcérations syphilitiques rebelles; leur traitement par l'opium; de la substitution de la) au vin, 139.
Sulfure de carbone (Sur les accidents que développe sur les ouvriers en caoutchouc le), 558.
Surdité (Emploi d'une membrane du tympan artificielle dans certains cas de), 187.

T.

Tartre stibié (Emploi du) en lavements comme moyen d'activer les douleurs de l'accouchement, 324.
Tendons (Sur les luxations des) de quelques muscles extenseurs et fléchisseurs des membres, 523.
Ténia (Emploi de la racine de grenadier sèche contre le), 237.
Ténotomie dans un cas de rétraction du tendon d'Achille, consécutive à une fracture de jambe; guérison, 320.
Térébenthine (Emploi de l'huile essentielle de) associée à l'huile de foie de morue dans les ophthalmies, 428.
Thérapeutique. Coup d'œil sur nos travaux, 5 et 49.
— De l'utilité des exutoires à action continue et énergique dans le traitement des maladies, par M. Max. Simon, 97 et 145.
— *médicale*. Des pneumonies anomales et de leur traitement, par M. le professeur Forget, 385, 481 et 529.
Toniques (Traitement de l'érysipèle par les) et les stimulants, 376.
Trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de corps étranger dans les voies aériennes, 231.
Trachéotomie (Laryngite syphilitique traitée avec succès par la) et les inspirations de nitrate d'argent, 234.
Trépanation de l'os unguis (Sur la) comme traitement de la fistule lacrymale, à propos d'une discussion de la Société de chirurgie, par M. le docteur Debout *gravures*), 297.
Tumeur blanche du coude (Méthode particulière pour obtenir rapidement l'ankylose dans le cas de), 188.
— *fibreuse* (Ablation totale du maxillaire inférieur nécessitée par le développement d'une énorme); guérison, 467.
— *hémorrhoïdales* (Observation de), compliquées de tissures à l'anus, guéries par la cautérisation, par M. le docteur Amussat fils, 413.
— *lacrymale* et otite purulente consécutives aux fièvres éruptives; leur traitement, 473.
— *sanguine* de la cuisse, traitée avec succès par l'incision, 46.
Tympan artificiel (Emploi d'une membrane du), dans certains cas de surdité, 187.

U.

Ulcérations (Du traitement des) et des crevasses des mamelles chez les nourrices, par l'emploi du collodion et de la baudruche, 419.
— *syphilitiques rebelles*; leur traitement par l'opium; de la substitution de la strychnine au vin, 139.
Ulcère simple de l'estomac (Traitement de l'), 525.
Urètre (Remarques sur un cas de fistule consécutive à un rétrécissement organique de l'), guéri par l'application du chlorure de zinc, par M. Dupierris, D.-M. à la Havane, 357.
Utérus (Hémorrhagies après la délivrance; injection d'eau froide dans l'intérieur de l'), 283.
— (Dysménorrhée mécanique produite par le fait d'une membrane fibreuse qui coiffait le col de l'), 525.
— (Cloison incomplète du vagin venant coiffer le col de l'), et produire la stérilité, 526.

V.

Vaginite (Un mot sur la préparation de la glycérine et sur l'emploi de la glycérine au tannin comme pansement de la), par M. Gustin, 537.
Valérianate d'ammoniaque (De la guérison des névralgies par un médicament nouveau, le), par M. le docteur Déclat, 549.
Valérianate d'atropine (Du) dans le

traitement de l'épilepsie, par M. le docteur Michea, 193.
Valérianate d'atropine (De la préparation du), 121.
Végétations (Des) qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse, 474.
Ventouses et sangsues mécaniques (Des) (*gravures*), 140.
— *scarifiées* (Observation d'albuminurie guérie par les purgatifs, les révulsifs et les), 423.
Vératrine (Emploi de la) dans les maladies du cœur, 427.
Vers intestinaux (Aliénation mentale sympathique de la présence des), 40.
Vertiges nerveux sympathiques de troubles gastriques; leur traitement par les alcalins et les amers, 368.
Vésicatoires (De l'utilité des préparations mercurielles et des) dans la myosite, 328.
Vin (Nouveau fait à l'appui des lavements de), 378.
Vipère (Sur la valeur de l'inoculation du venin de) comme moyen préventif de la fièvre jaune, 47 et 430.
Vision binoculaire (Une leçon sur la), par M. Faivre, 474.

Y.

Yeux (Nouveau mode d'occlusion des), dans le traitement des ophthalmies, 236.
— (Des indications du séton dans les maladies des), 562.

Z.

Zinc (*Chlorure de*) (Remarques sur un cas de fistule consécutive à un rétrécissement organique de l'urètre; guérison par l'application du), par M. Dupierris, D.-M. Havane, 357.
— (Emploi de l'acétate de), dans la période ataxique de la fièvre typhoïde, 283.

FIN DE LA TABLE DU TOME CINQUANTIÈME.



TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.